تشخيص الفصام

يستخدم فى تشخيص الفصام والاضطرابات الذهانية الأخري أنظمة تشخيصية متعددة، بعضها تطور باعتباره أدوات للبحث، والآخر للاستخدام الكلينيكى.وفى كل هذه الأنظمة يتطلب التشخيص الفارق الدقيق توفر المعلومات الكلينيكية التالية (1) :

(1) تاريخ المرض الطبى النفسى كما هو مسجل فى الوثائق المتعلقة بالحالة .

(2) تاريخ الفرد من حيث السلوك الانعزالى، أو الغريب، أو غير المألوف اجتماعيا.

(3) تاريخ الفرد من حيث سوء استخدام العقاقير والمخدرات.

(4) تاريخ المرض الطبى .

(5) الخبرة الحالية للهلوسات أو الخبرات الإدراكة الغريبة.

(6) التفكير المضطرب أو الكلام المضطرب .

(7) الهذاءات .

(8) الأعراض السالبة (مثل التسطح الوجدانى، وفقر الكلام، وانعدام الإرادة).

(9) الاكتئاب أو الهوس .

(.1) طول مدة الأعراض .

وتتطلب عملية التشخيص وأدواتها وإجراءاتها أن يضع الاختصاصيون الكلينيكيون فى اعتبارهم الصورة الكلينيكية لأعراض الفصام والاضطرابات الذهانية الأخري، وأنماط الفصام أو أشكاله وتمايزها فيما بينها فى ضوء ما ذكرناه عن أعراض الفصام وأنماطه، وكذلك فى ضوء ما سنتناوله فى الأجزاء التالية من هذا المجلد عن المعالم والمحكات التشخيصية وكذلك نماذج الحالات الإيضاحية التشخيصية.

ولقد سعي بعض الباحثين إلي تطوير أدوات لتقدير أعراض الفصام عن طريق المقابلة المقننة (محددة البنية) **Structured interview** باستخدام ما يعرف بقائمة "فحص الحالة الراهنة" **(Present State Examination (PSE)**: وهذه الأداة عبارة عن دليل يتضمن 5 .. سؤال ، وصممت الأسئلة علي نحو يمكن معه للإختصاصى الكلينيكى أن يستدعى المعلومات الضرورية من المريض وفقا لأسلوب التقرير الذاتى، لتقدير 1.7 عرضا من

الأعراض الواسمة للفصام. وتسمح هذه الأداة بتقدير طبيعة كل عرض ودرجة شدته. وينبغى أن يوضع فى الاعتبار أن استخدام طريقة "فحص الحالة الراهنة" **PSE** يتطلب تدريبا كافيا عليها، وأنها تتناول فقط حالة المريض فى الوقت الراهن. ولذا، فقد سعي باحثون آخرون (1) إلي تطوير أداة، تعتمد كذلك علي طريقة المقابلة التفصيلية المقننة، تعرف ب "قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام" **Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)** ، ويمكن باستخدامها الحصول علي معلومات ثابتة عن كل من الوضع الراهن والسابق للحالة، أي جمع معلومات عن حاضر الفرد وماضيه.

وتثار فى تشخيص الفصام قضية علي درجة كبيرة من الأهمية، ونعني بها التمييز بين الأعراض "الموجبة"، مثل الهذاءات والهلوسات والتفكير المضطرب، والأعراض "السالبة"، مثل التسطح الوجدانى والتأخر والبلادة والانسحاب الاجتماعي وفقر الكلام. ويلاحظ أن الأشخاص المصابين بالفصام غالبا ما يبدون كلا الأعراض الموجبة والسالبة معا، الأمر الذي يجعل التمييز بين هاتين الفئتين من بنية أعراض الفصام مشوبا ببعض الصعوبات. ولهذا ، فقد صممت أداة تتضمن مقياسين، هما : "مقياس تقدير الأعراض الموجبة" **Scale for the Assessment of Positive Symptomes (SAPS)** ، و"مقياس تقدير الأعراض السالبة" **Scale of the Assessment of Negative symptoms (SANS)**. ويتضمن هذان المقياسان عددا من المقاييس الفرعية التى تغطى مجموعات الأعراض الموجبة والسالبة (1) .

ويتطلب تشخيص الفصام اهتماما كبيرا بتقدير الوظائف المعرفية لدي الأشخاص ذوي هذا الاضطراب. وقد أكد الرواد الأوائل فى هذا الميدان (مثل كرايبلين وبلويلر) علي الاضطرابات المعرفية علي أنها وسائط مهمة بين الأعراض الفصامية الظاهرة وبين ما يكمن وراءها من اختلال عصبي؛ ولهذا فقد أجريت دراسات عديدة حول الاضطرابات المعرفية فى الفصام، وكما يظهر ذلك من استعراض ما تم من دراسات فى هذا الميدان(2) . ولكن الاتجاهات الحديثة فى هذا الشأن تؤكد الدور الحاسم للاضطرابات المعرفية فى نشأة الأعراض الذهانية.

ولذا فقد توجه عدد من الدراسات إلي تقدير النشاط المعرفى لدي المرضي الفصاميين كما يتكشف فى الأداء علي مقاييس الذكاء. وفى ذلك تبين أن المرضي بالفصام يحصلون علي درجات منخفضة أقل مما هو متوقع علي مقاييس الذكاء. وتميل نسبة الذكاء لديهم قبل مرضهم **Premorbid IQ** إلي أن تكون منخفضة عن أقرانهم، ولكنها لا تتدهور بالضرورة قبل المرض أو بعد بداية ظهوره . ويلاحظ أن انخفاض نسبة الذكاء قبل المرض تكون أكثر

بين الذكور منه بين الإناث، وأن الأشخاص الفصاميين يبدون نسبة ذكاء أعلي علي المقاييس اللفظية منها علي المقاييس العملية (1) . وعلي الرغم من أن الدراسات المبكرة قد ركزت علي تقدير نسبة الذكاء لديهم، فإن الغالبية من الباحثين يستخدمون عديدا من الاختبارات النفسية العصبية للحصول علي تقديرات متعمقة للوظائف المعرفية. ومن نماذج هذه الدراسات ما استخدمه بعض الباحثين من بطارية للاختبارات النفسية العصبية، حيث تبين من نتائج تلك الدراسة أن أكثر من 75% من مجموعة تتكون من 47 شخصا يعانون من فصام مزمن، يبدون اضطرابا فى الوظائف المعرفية تتراوح درجته ما بين المتوسط إلي الشديد (2) .وتبين دراسة أخري أجريت علي 4. شخصا فصاميا أنهم يبدون إختلالات نفسية عصبية واضحة علي اختبارات الاستدلال ، والسرعة النفسية الحركية، وتعلم الكلمات الجديدة، والذاكرة المباشرة، والقدرات الإدراكية الحركية والحسية. وهذه الاضطرابات ترتبط ارتباطا قويا بالأعراض السالبة للفصام (1) . وعلي الرغم ما تبين من أن الاضطرابات المعرفية، كما تبدو من البيانات المستمدة من الاختبارات النفسية العصبية، ترتبط ازتباطا موجبا بالبيانات الدالة علي اتساع البطينات فى لحاء المخ **Cerebral ventricular enlargement** ، ومن أن هذه الاضطرابات المعرفية تكون متسقة مع الفرض الذى يقرر أن الفصام يؤدى إلي تدهور فى الوظائف المعرفية، إلا أنه يبدو أن التدهور العقلى يحدث فقط لدي فئة من المرضي الفصاميين، وبخاصة أولئك الذين يبدون أعراضا سالبة أو دلائل عصبيةعن اتساع بطينات المخ (2) .

كذلك يعتمد تشخيص الفصام علي استخدام اختبارات الشخصية ، سواء اختبارات الورقة والقلم مثل "اختبار مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه" **MMPI** ، أو الاختبارات الإسقاطية مثل "اختبار رورشاخ لبقع الحبر" **Rorschach Inkblot Test** و"اختبار تفهم الموضوع" (**TAT**) و "اختبار رسم الشخص" **Draw - A - Person Test** ، وغير ذلك من اختبارات الشخصية وخاصة من منظور علم النفس الكلينيكي .

ويستلزم التشخيص جمع أنواع مختلفة من المعلومات عن الجوانب الأساسية فى بنية الفصام والاضطرابات الذهانية الأخري المتعلقة به، مع التركيز خاصة علي السلوك الحالى وتاريخ الحالة ونسق تطور المرض وعوامله السببية (الإتيولوچية)؛ ويستلزم ذلك بالتالى تعدد أدوات جمع المعلومات وأساليبها سواء من الشخص المصاب ذاته، أو من الآخرين المعنيين مثل أعضاء الأسرة والأقارب والأصدقاء والزملاء، أو من الفريق الكلينيكي وبخاصة الهيئة التمريضية التى تتولي الحالة بالرعاية الطبية وتتجمع لديها ملاحظات ذات مغزي كلينيكي . ولعل كثيرا من الاختصاصيين الكلينيكيين، إقتداء ب "بلويلر " ،يعولون بدرجة كبيرة علي الكشف عن الأعراض وتحديدها، أكثر مما يهتمون بنسق تطور الاضطراب؛ ويتضح هذا الاتجاه ،علي سبيل المثال، فى طريقة "سپيتزر وإنديكوت"

المعروفة ب "المحكات التشخيصية للبحث " **Research Diagnostic Criteria (RDC)**: وتقدم هذه الأداة المحكات التشخيصية وتعريفها، وكذلك المعلومات الدقيقة التى توضح ما هو مطلوب لتشخيص الفصام. ويوجه بعض النقد لهذه الطريقة فيما يتعلق بشروط الثبات فى عملية التشخيص؛ ولهذا فقد اهتم آخرون بتطوير فنيات المقابلة المنظمة والتفصيلية المقننة (المقابلة المحددة البناء) التى تغطى كل جوانب الاضطراب عند الفرد، كما يتضح ذلك، علي سبيل المثال، فى "طريقة فحص الحالة الراهنة" (**PSE**) كما سبق أن ذكرنا .

وقد شهد مجال القياس والتقدير فى تشخيص الفصام جهودا متنوعة موجهة لإعداد أدوات ومقاييس نوعية لتقدير مكونات معينة فى بنية الفصام وتطوره (*) :

يميل بعض الاختصاصيين الكلينيكيين إلي التأكيد علي قياس الاستعداد لنشأة الأعراض الذهانية؛ ولهذا فقد اهتموا ببناء بعض المقاييس لتقدير المستويات غير الكلينيكية للخبرات غير العادية، مثل "مقياس الاختلال الإدراكى" **Perceptual Aberration Scale** ، والاعتقادات غير العادية ، مثل "مقياس الأفكار الغريبة" **Magical Ideation Scale**، و"قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام" **Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia SADS** التي تقيس الأعراض الذهانية علي متصل يحدد الدرجات المختلفة للاضطراب (1) .

ويهتم الاختصاصيون الكلينيكيون بقياس عمليات التغير فى تطور الفصام والاضطرابات الذهانية الأخري وما تنطوى عليه من دلالات بالنسبة لتشخيص المآل**Prognosis** ؛ ولذا فقد طور بعض الباحثين عدة مقاييس عقلية وترابطية ونفسية فيزيولوجية لتقدير المعدلات الفارقة للتحسن لدي حالات الفصام النشط والانسحابي(2).وطور آخرون طريقة للملاحظة تقوم علي استخدام عينة الوقت لتقدير التغيرات التى تحدث لدي المرضي بعد تلقيهم للعلاج أثناء إقامتهم بالمستشفي(3). ومن أمثلة الأدوات المستخدمة فى هذا الصدد : "مقياس ملاحظات الممرضات لتقييم المريض المقيم بالمستشفي" (1) **Nurses' Observation Scale for In - patient Evaluation (NOSIE)** ، و"الصحيفة النفسية (بروفيل) للمريض الذهانى المقيم بالمستشفي" **Psychotic In - Patient Profile (PIP)** ، و"قائمة السلوك وفقا لعينة الوقت" **Time Sample Behavioral Checklist**، وغير ذلك من نماذج هذه الأدوات التى ثبتت جدواها فى إجراءات تقدير التغير والتحسن والمتابعة وتشخيص المآل .

تشخيص الفصام

والاضطرابات الذهانية الأخرى

تشخيص الفصام

إن المعالم الرئيسة للفصام هي خليط من الدلائل والأعراض المميزة (الموجبة والسالبة) التى توجد لقدر كبير من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو لفترة أقصر إذا تم علاجه بنجاح) ، مع وجود بعض دلائل الاضطراب الذي يستمر لفترة ستة شهور علي الأقل (المحكان "أ " ، " ح ") . وهذه الدلائل والأعراض تكون مرتبطة باختلال الوظيفة الاجتماعية أو المهنية (المحك "ب"). وهذا الاضطراب لا يكون من الأفضل تشخيصه علي أنه "الاضطراب الفصامى الوجدانى" أو "اضطراب المزاج مع معالم ذهانية"، ولا يعزي إلي الآثار الفزيولوچية المباشرة لتعاطى مواد من العقاقير والمخدرات أو إلي حالة طبية عامة (المحكان " د " ، " ه " . وفي حالة الأفراد الذين قد شُخِّصوا فى السابق علي أنهم حالات من "الاضطراب الذاتوى أو الاجترارى أو التوحدى" **Autistic Disorder** (أو غير ذلك من حالات "الاضطراب الارتقائى الشامل" **Pervasive Developmental Disorder**)، فإن تحديد تشخيص إضافي عن حالة من "الفصام" يكون مسوغا فقط إذا كانت توجد هذاءات أو هلوسات بارزة لفترة شهر علي الأقل (المحك " و ").

وتتضمن الأعراض المميزة للفصام مدي كبيرا من اختلال الوظائف المعرفية والانفعالية التي تشمل : الإدراك، والتفكير الاستدلالي ، واللغة والتخاطب، وتقييم السلوك، والطلاقة وإنتاجية التفكير والكلام، والمقدرة علي الشعور باللذة أو الابتهاج، والإرادة والحافز، والانتباه. ولا يوجد عرض واحد "مُمَيِّز فقط" **pathognomonic** للفصام ؛ فالتشخيص ينبغي أن يتضمن تعرفا علي طائفة واسعة من الدلائل والأعراض المرتبطة باختلال التوظيف الاجتماعي أو المهني عند الفرد .

وهذه الأعراض المميزة (المحك " أ ") يمكن إدراجها فى فئتين واسعتين : أعراض موجبة وأعراض سالبة . فالأعراض الموجبة تبدو أنها تعكس زيادة مفرطة فى الوظائف العادية أو تحريفا أو تشويها لتلك الوظائف، فى حين أن الأعراض السالبة يبدو أنها تعكس نقصانا أو فقدانا للوظائف العادية .

تشمل الأعراض الموجبة (المحكان أ1 - أ4) تشويهات أو تحريفات أو مبالغات فى التفكير الاستنتاجى (هذاءات) ، والإدراك (هلوسات)، واللغة والتواصل (كلام غير منظم) ، وتقييم السلوك (سلوك مختل بشكل فادح أو سلوك تخشبى). وهذه الأعراض الموجبة **Positive symptoms** قدتجمع بين بعدين محددين ، قد يرتبطان بدورهما بآليات

(ميكانزمات) عصبية ومتلازمات كلينيكية تكمن وراءهما؛ وهذان البعدان هما : البعد "الذهانى" "**psychotic" dimension** ويشمل الهذاءات والهلوسات، فى حين أن بعد "الاختلال" أو "الاضطراب" "**disorganization" dimension** يشمل الكلام غير المنظم والسلوك المختل . أما الأعراض السالبة **Negative symptoms** (المحك أ5") فتشمل ما يحدث من تقييد أو انحسار فى مدي التعبير الانفعالى وشدته (التسطح الوجدانى **affective flattening**)، وفى الطلاقة وإنتاج التفكير والكلام (فقر الكلام **alogia**)، وفى انعدام السلوك الموجه نحو الهدف (إنعدام الإرادة **avolition**).

والهذاءات **Delusions** (المحك " أ1 ") هى معتقدات خاطئة تتضمن عادة سوء تفسير للإدراكات أو الخبرات. وقد يحتوى مضمونها علي عديد من الأفكار الرئيسة أو الموضوعات **themes** (مثل الاضطهادية، أو الإرجاعية أو الإيمائية، أو الجسمية، أو الدينية، أو العظمة أو التفخيم). وتعد الهذاءات الاضطهادية (هذاءات الاضطهاد **Persecutory Delusions**)هى الأكثر شيوعا؛ فالشخص يعتقد أنه مُعَذَّب ، أو أن هناك من يتتبعه، أو يوقع به ، أو يتآمر عليه، أو يسخر منه. والهذاءات الإرجاعية أو الإيمائية (هذاءات التلميح والإشارة **Referential Delusions**)هى أيضا هذاءات شائعة؛ فالشخص يعتقد أن هناك إيماءات معينة، أو تعليقات، أو موضوعات أو مقتطفات من الكتب أو الصحف، أو مقطوعات غنائية، أو غير ذلك من العلامات والأمارات البيئية، تكون موجهة إليه علي وجه الخصوص. وقد يكون من الصعب فى بعض الأحيان عمل تمييز بين الهذاء والفكرة المسيطرة بقوة، وذلك يتوقف علي درجة الإقتناع التي يتمسك بها الفرد بالفكرة أو بالمعتقد رغم الدلائل المتناقضة الواضحة.

وبالرغم من أن الهذاءات الغريبة أو الشاذة تعتبر من الأعراض المميزة خاصة للفصام، إلا أنه قد يكون من الصعب الحكم علي "الغرابة" أو "الشذوذ" ("**bizarreness**") ، وخاصة بين الثقافات المختلفة. ولكن تعتبر الهذاءات شاذة أو غريبة إذا كانت غير محتملة أو غير قابلة للتصديق، أو غير قابلة للفهم، ولا تشتق من خبرات الحياة العادية . مثال عن الهذاء الشاذ **bizarre delusion** وهو اعتقاد الفرد بأن هناك شخصا غريبا قد استأصل أعضاءه الداخلية واستبدلها بأعضاء أخري من شخص آخر دون أن يترك أية جروح أو خدوش.ومثال عن الهذاء غير الشاذ **nonbizarre delusion** وهو وجود اعتقاد كاذب عند الفرد بأنه تحت رقابة الشرطة. أما الهذاءات التي تعبر عن فقدان التحكم في العقل أو الجسم (وهي تلك الهذاءات المتضمنة فى قائمة "شنايدر" **Schneider** المعروفة بقائمة "الأعراض من الدرجة الأولي" ["**first - rank symptoms**"])، فهي تعتبر بصفة عامة هذاءات شاذة؛ وهذه الهذاءات تشمل اعتقاد الشخص بأن أفكاره قد سُلبت منه بواسطة قوة خارجية ("سحب الفكرة" "**thought withdrawal**")، أو بأن أفكارا غريبة (لا

تخصه) قد وضعت في عقله ("إدخال الفكرة" **"thought insertion"**)، أو بأن جسمه أو أفعاله تعمل وفق قوة خارجية أو تتحكم فيها قوة خارجية (" هذاءات التحكم" **delusions of control.**)وإذا جري الحكم علي الهذاءات بأنها شاذة أو غريبة، فإن هذا العَرَض الواحد فقط يكون مطلوبا لاستيفاء المحك " أ " من تشخيص الفصام .

وقد تحدث الهلوسات **Hallucinations** (المحك " أ2") في أية منظومة حسية (أي في المنظومة السمعية ، والبصرية، والشمية، والذوقية، واللمسية)، ولكن الهلوسات السمعية **Auditory hallucinations** هى الأكثر شيوعا والأكثر تمييزا للفصام. وعادة ما يخبر الفرد تلك الهلوسات السمعية في شكل أصوات، سواء أكانت أصوات مألوفة أو غير مألوفة، ويدركها الفرد علي أنها أصوات متميزة عن تفكيره. وقد يكون محتوي الهلوسات متباينا تماما، إلا أن الأصوات الإزدرائية أو التهديدية تكون شائعة فيها بشكل خاص . وهناك أنماط معينة من الهلوسات السمعية (مثل وجود صوتين أو أكثر يتحدثان مع أحدهما الآخر، أو وجود أصوات تحتفظ بتعليق مستمر علي أفكار الشخص أو سلوكه) تعتبر خاصة أعراضا مميزة للفصام وتتضمنها قائمة شنايدر عن "الأعراض من الدرجة الأولي" . وإذا ما توفرت هذه الأنماط من الهلوسات، فإن هذا العَرَض الواحد فقط يكون مطلوبا لاستيفاء المحك " أ " . وينبغي أن تحدث الهلوسات فى سياق إحساسات واضحة؛ أما تلك الهلوسات التى تحدث عند الخلود إلي النوم (صور ""نعاسية" **hypnagogic**) أو عند الاستيقاظ (رؤيُ باقية بعد النوم عند اليقظة **hypnopomic**)، فهي تعتبر داخل نطاق الخبرة العادية. وكذلك فإن الخبرات المنفصلة عن سماع الشخص لإسمه يُنَادَي عليه أو الخبرات التي تعوزها نوعية المدرك الخارجى (مثل الهمهمة أو الطنين فى الرأس) لا تعتبر أيضا هلوسات مميزة للفصام. وربما تعتبر الهلوسات أيضا جزءا عاديا من الخبرة الدينية فى سياقات ثقافية معينة .

أما التفكير غير المنظم **disorganized thinking** ("اضطراب التفكير الصورى" **formal thought disorder** ، و"تفكك الترابطات" **loosening of associations**)، فقد اعتبره بعض العلماء (مثل بلويلر **Blueler** علي وجه الخصوص) علي أنه الخاصية الوحيدة الأكثر أهمية فى تشخيص الفصام . ولكن اعتبارا للصعوبة الكامنة فى تحديد تعريف موضوعي ل "اضطراب التفكير" ، ولأن الحكم علي التفكير في الموقف الكلينيكى يستند فى الأساس علي الكلام الذى يعبر به الشخص عن أفكاره، فإن مفهوم الكلام غير المنظم **disorganized speech** (المحك " أ3 ") قد جري التأكيد عليه فى تعريف الفصام كما هو مستخدم فى "الدليل التشخيصى الرابع" **DSM-IV.** ويأخذ اضطراب الكلام عند الأفراد من ذوى الفصام عديدا من الأساليب : فقد يخرج الفرد عن "مجري" الموضوع وينزلق من موضوع لآخر ("الخروج عن الخط" **derailment**

أو "فقدان التراباطات" **loose associations**)؛ وقد تكون الإجابات عن الأسئلة مرتبطة بها بشكل منحرف أو ملتو أو غير مرتبطة بها كلية ("التماسية" **tangentiality**)؛ ومن النادر أن يكون الكلام شديد الاضطراب إلي درجة يكون معها غير مفهوم تقريبا ويشبه الحُبْسة الاستقبالية **Receptive aphasia** من حيث اضطرابها اللغوى ("التفكك" **incoherence** أو "سَلطة الكلمات" **.word salad**) ولما كان الكلام المضطرب بدرجة خفيفة شائعا وغير محدد النوعية، فإن هذا العَرَض ينبغي أن يكون شديدا بدرجة كافية لإحداث اختلال بشكل جوهري وملحوظ في التواصل الفعال. وقد يبدو من الفرد تفكير غير منظم أو كلام غير منظم أقل شدة في اضطرابه وذلك أثناء الفترة النذيرية (فترة بوادر المرض) **Prodromal period** (البوادر المنذرة بالمرض أي الأعراض المتقدمة لبدء المرض) والفترة المتبقية (فترة بواقى المرض) **Residual period** للفصام (أنظر المحك "ح"

ويظهر السلوك المضطرب أو غير المنظم بشكل فادح **grossly disorganized behavior** (المحك "أ4") فى عديد من الأساليب ، تتراوح ما بين السخافة أو السذاجة الشبيهة بسلوك الأطفال **childlike silliness** إلي الهياج **agitation** الذي لا يمكن التنبؤ به . وقد تلاحظ مشكلات يواجهها الفرد فى أي شكل من أشكال السلوك الموجه نحو الهدف، تؤول به إلي التعرض لصعوبات فى مزاولة أنشطة الحياة اليومية مثل تنظيم وجبات الطعام أو المحافظة علي الصحة. وقد يبدو الشخص أشعثا وغير مرتب وبدون هندام بشكل ملحوظ، وقد يرتدى ملابسه بطريقة غير مألوفة (كأن يلبس عدة معاطف فوق بعضها، وقفازات فى اليدين ولفاعات حول الرقبة وعلي الكتفين فى يوم حار)، أو قد يبدى سلوكا جنسيا شاذا بشكل فاضح (كأن يأتى بفعل الاستمناء أمام الآخرين)، أو التهيج غير المتوقع وبدون أسباب تدعو إليه (كأن يصيح أو يطلق الشتائم والسباب). وينبغي توخي الحذر فى تطبيق هذا المحك بشكل واسع. فالسلوك غير المنظم بشكل فادح ينبغى تمييزه عن السلوك الذى يكون مجرد سلوك بلا هدف أو سلوكا غير غرضى بصفة عامة ، وعن السلوك المنظم الذى تدفعه معتقدات هذائية . وعلي هذا النحو كذلك ، فإن هناك أمثلة قليلة من السلوك غير المستقر، أو الغضب، أو السلوك المتهيج لا ينبغى اعتبارها دلائل للفصام، وخاصة إذا كانت دوافع السلوك مفهومة.

ويتضمن السلوك الحركى التخشبى **Catatonic motor behavior** (المحك "أ4") تناقصا ملحوظا فى الاستجابة للبيئة، يصل فى بعض الأحيان إلي درجة مفرطة من عدم الوعي الكامل (الذهول أو الانشداه التخشبى **catatonic stupor**)، أو الاحتفاظ بوضع جامد ومقاومة أية جهود لتحريكه عن هذا الوضع (الجمود التخشبى **catatonic rigidity**)، أو المقاومة الشديدة للتعليمات أو لمحاولات تحريكه (الخُلفة

التخشبية **catatonic negativism**)، أو إتخاذ أوضاع شاذة أو غير مناسبة (التوضع التخشبى **catatonic posturing**)، أو النشاط الحركى المفرط الذى يصدر دون استثارة ودون غرضية (الاستثارة التخشبية (**catatonic excitement**.ورغم أن التخشبية (الكاتاتونيا) **catatonia** قد ارتبطت تاريخيا بالفصام، فإن الإختصاصى الكلينيكي ينبغي أن يضع فى اعتباره أن الأعراض التخشبية هى أعراض غير نوعية وقد تحدث فى اضطرابات نفسية أخري (أنظر "اضطرابات المزاج مع معالم تخشبية" **Mood Disorders With Catatonic Features** فى المجلد السابع)، وفى حالات طبية عامة **General Medical Conditions** (أنظر : "الاضطراب التخشبى الذى يعزي إلي حالة طبية عامة" فى المجلد الثالث)، وفى "اضطرابات الحركة الناتجة عن العلاج الطبي" **Midication-Induced Movement Disorders** (انظر "مرض پاركنسون الناتج عن تناول المهدئات العصبية" **Neuroleptic-Induced Parkinsonism**).

أما الأعراض السالبة للفصام (المحك "أ5") ، فهي التى تحدد الدرجة الشديدة من الحالة المرضية المرتبطة بهذا الاضطراب. وفى ذلك تبرز ثلاثة أعراض سالبة ؛ وهي : التسطح الوجداني **Affective flattening** ، وفقر الكلام **Alogia** ، وانعدام الإرادة **Avolition** - يتضمنها تعريف الفصام . أما الأعراض السالبة الأخري (مثل الاغتمام أو نعدام اللذة **Anhedonia**)، فنشير إليها فيما يلي عن "المعالم والاضطرابات المتلازمة". ويعتبر التسطح الوجدانى شائعا بصفة خاصة فى حالات الفصام ويجرى تميزه عن طريق تعبيرات الوجه الذى يبدو غير متحرك وغير استجابى ، مع نقص الاتصال البصرى وتضاؤل لغة الجسم. وبالرغم من أن الفرد ذى التسطح الوجدانى قد يبتسم أو يصبح أكثر مودة من آن لآخر، إلا أن مدي التعبيرية الإنفعالية **emotional expressiveness** عنده يكون متناقصا بشكل واضح معظم الوقت .وقد يكون من المفيد أن نلاحظ الفرد وهو يتفاعل مع أقرانه لكي نحدد ما إذا كان التسطح الوجدانى مستديما بدرجة تكفى استيفاء متطلبات هذا المحك. أما "فقر الكلام" **poverty of speech (Alogia)** ، فيبدو فى الإجابات الجوفاء والمقتضبة، حيث يبدى الفرد نقصا في أفكاره ينعكس علي نقص طلاقته وضآلة إنتاجية الكلام. وينبغى تمييز هذه الأعراض عن العزوف عن الكلام، فتلك أحكام كلينيكية تتطلب ملاحظة الفرد لفترة من الوقت وفى عديد من المواقف . أما انعدام الإرادة **Avolition** ، فيجرى تمييزه بعدم القدرة علي اتخاذ المبادرة فى الأنشطة الموجهة نحو الهدف وعلي مداومة وتكرار تلك الأنشطة. فالفرد قد يجلس لفترات طويلة من الوقت ويبدى اهتماما ضئيلا فى المشاركة فى أنشطة العمل أو فى الأنشطة الاجتماعية .

وبالرغم من شيوع الأعراض السالبة فى الفصام، إلا أنه من الصعب تقييمها ، لأنها تحدث علي متصل مع العادية، وتتواتر كأعراض غير نوعية، وقد تعزي إلي عديد من العوامل

الأخري (مثال ذلك ، قد تحدث هذه الأعراض نتيجة لأعراض موجبة، أو للآثار الجانبية لعلاج طبي، أو لاضطراب المزاج، أو لنقص الاستثارة البيئية، أو لضعف الروح المعنوية). ولا ينبغى اعتبار أعراض العزلة الاجتماعية أو الكلام الفقير علي أنها أعراض سالبة إذا كانت تحدث نتيجة لأعراض موجبة (مثال ذلك ، هذاء العظمة أو هلوسات بارزة). فعلي سبيل المثال ، إن سلوك الفرد الذى تسيطر عليه معتقدات هذائية بأنه سوف يكون فى خطر إذا ترك حجرته أو تكلم مع أي شخص - هذا السلوك قد يماثل "فقر الكلام" و"انعدام الإرادة". وغالبا ما تتسبب عن العلاجات الطبية بأدوية المهدئات العصبية **Neuroleptic medications** آثار جانبية شديدة تشبه كثيرا "التسطح الوجدانى" و"انعدام الإرادة".أما التمييز بين الأعراض السالبة الحقيقية والآثار الطبية الجانبية، فيتوقف علي الأحكام الكلينيكية المتعلقة بشدة الأعراض السالبة، وعلي طبيعة ونمط العلاج الطبى بأدوية المهدئات العصبية، وتأثيرات التكيف مع الجرعات، وتأثيرات العلاجات الطبية بأدوية مضادات إفراز الكولين **Anticholinergic medications**. وبالنسبة للتمييز الصعب بين الأعراض السالبة والأعرض الاكتئابية، فيمكن تحديده من خلال التعرف علي الأعراض المصاحبة الأخري التى توجد عند الحالة، وكذلك استنادا إلي الحقيقة بأن الأفراد من ذوي أعراض الاكتئاب يخبرون علي وجه التحديد انفعالات مؤلمة شديدة، بينما يبدي الأفراد الفصاميين تناقصا أو خواءًا من الانفعالات . وأخيرا ، فإن نقص الاستثارة البيئية المزمن أو نقص الروح المعنوية، قد ينتج عنهما بلادة وانعدام إرادة متعلمين. ولكي نتوصل إل إقرار وجود أعراض سالبة، فربما يكون المحك الأفضل فى هذ الشأن هو استمرار تلك الأعراض لفترة كبيرة من الوقت رغم الجهود الموجهة لمعالجة أي من الأسباب المحتملة الموصوفة عاليه. ويُفْتَرض أن الأعراض السالبة المستمرة يشار إليها علي أنها أعراض "الاعتلال" **Deficit" symptoms**.

ويتطلب المحك " أ " لتشخيص الفصام أن يوجد علي الأقل بندان من بين البنود الخمسة بشكل متلازم لفترة شهر واحد علي الأقل. ومع ذلك ، إذا كانت الهذاءات شاذة أو إذا كانت الهلوسات تحتوى علي "أصوات مُعَقِّبة" أو "أصوات تعليقية" (**"Voices commenting**") أو "أصوات مُتَحَدِّثة" أو "أصوات متحاورة" (**"Voices conversing**") ، فإن وجود بند واحد فقط يكون مطلوبا. أما وجود هذه المجموعة الشديدة نسبيا من الدلائل والأعراض، فيشار إليها علي أنه "الطور النشط" أو "المرحلة النشطة" **Active phase** وفي المواقف التى يحدث فيه تحسن فى أعراض الطور النشط **Active-phase symptoms** خلال شهر نتيجة للاستجابة للعلاج، فإن المحك " أ " يمكن اعتبار استيفائه لا يزال قائما إذ كان الاختصاصى الكلينيكي يحكم بأن الأعراض سوف تستمر لمدة شهر فى حالة انقطاع العلاج الفعال. وبالنسبة للأطفال، ينبغي أن يولي تقييم الأعراض المميزة اعتبارا كبيرا لوجود

اضطرابات أخري أو صعوبات ارتقائية . فعلي سبيل المثال، لا ينبغى أن يدخل الكلام غير المنظم عند الطفل ذى اضطراب التواصل فى تشخيص الفصام إلا إذا كانت درجة الاضطراب أكبر بشكل جوهرى مما هو متوقع علي أساس "اضطراب التواصل" وحده.

ويتضمن الفصام اضطرابا فى أداء الفرد لوظائفه فى واحد أو أكثر من المجالات الرئيسة لتوظيف طاقاته (مثل العلاقات المتبادلة، أو العمل أو التعليم، أو رعاية الذات) (المحك "ب"). وهذا التوظيف علي وجه التحديد يكون في مستوي أدني بشكل واضح مما حققه الفرد قبل بداية ظهور الأعراض.إلا أنه إذا كان الاضطراب يبدأ فى الطفولة أو المراهقة، فقد يكون هناك إخفاق فى تحقيق ما كان متوقعا بالنسبة للفرد وليس تدهورًا فى توظيف إمكاناته. ويتضح ذلك من مقارنة هذا الفرد بأقرانه ممن لم يتعرضوا لهذا الاضطراب. ويبدو هذا الإخفاق غالبا فى تعطل التقدم الدراسى إلي حد أنه قد لا يستطيع استكمال دراسته. وقد يعجز الكثير من هؤلاء الأفراد عن الاحتفاظ بعملهم أو مهنتهم لفترات ممتدة من الوقت، كما أنهم قد يلتحقون بأعمال ذات مستويات متدنية أكثر من والديهم ("إنجراف إلي أسفل" **Downward drift** ويتصف غالبية الأشخاص الفصاميين (بنسبة 6.-7.%) بأنهم لا يتزوجون، كما أن اتصالاتهم الاجتماعية تكون محدودة نسبيا. ويستمر اختلال وظائف الفرد لفترة ممتدة أثناء تطور هذا الاضطراب ، ولا يبدو هذا الاختلال علي أنه نتيجة مباشرة لأية معالم أحادية . فعلي سبيل المثال، لو أن إمرأة قد تركت عملها بسبب هذاء يستحوذ عليها بأن رئيسها فى العمل يريد قتلها، فإن هذا الاختلال وحده ليس دليلا كافيا لهذا المحك إلا إذا كان هناك نمط من الصعوبات أكثر اتساعا وشمولا (يمتد عادة ليشمل مجالات متعددة من توظيف إمكانات الفرد) .

وينبغي أن تكون هناك بعض دلائل الاضطراب التى تظل قائمة لفترة مستمرة تمتد لمدة ستة أشهر علي الأقل (المحك "ح") . وإبان تلك الفترة، ينبغي أن يكون هناك علي الأقل شهر واحد (أو أقل من شهر إذا كانت الأعراض تعالج بنجاح) تظهر فيه الأعراض التى تستوفى المحك " أ " من محكات تشخيص الفصام (الطور النشط **(Active phase**. وغالبا ما توجد أعراض بوادر المرض (الأعراض البادرة) **Prodromal symptoms** قبل المرحلة النشطة، وتتبعها الأعراض المتبقية **Residual symptoms**. وقد تأخذ بعض الأعراض البادرة والمتبقية أشكالا خفيفة من الأعراض الموجبة المحددة فى المحك "أ" . وقد يعبر هؤلاء الأفراد عن عديد من المعتقدات الغريبة أو غير العادية التى لا تدخل فى فئة الهذاءات (مثل أفكار التلميح أو الإشارة **Ideas of reference** أو التفكير السحري **Magic thinking**)؛ وقد يعيشون خبرات إدراكية غير عادية (مثل الإحساس بوجود شخص غير مرئى)، ويكون كلامهم بصفة عامة غير مفهوم ولكنه يتصف أيضا بأنه كلام استطرادى **Digressive speech** ، أو غامض، أو بأنه زائد التجريد أو زائد الحسية ؛

ويكون سلوكهم خصوصيا غريب الأطور ولكنه ليس مضطربا بشكل مفرط (مثل التمتمة لأنفسهم، وجمع الأشياء الغريبة والتافهة بشكل وضح) . وبالإضافة إلي هذه الأعراض الشبيهة بالأعراض الموجبة ، تكون الأعراض السالبة شائعة علي وجه الخصوص في مراحل الأعراض البادرة والمتبقية ويمكن أن تكون شديدة للغاية . وقد يتحول الأشخاص الذين كانوا نشطين اجتماعيا إلي أشخاص إنسحابيين ؛ ويفقدون اهتمامهم بالأنشطة التي كانت تبعث فيهم لذة أو بهجة فى الماضى ؛ وقد يصيروا أقل رغبة فى الكلام وفى الاستطلاع والمعرفة، وأقل فضولية؛ وقد يقضون معظم وقتهم فى الفراش. وهذه الأعراض السالبة تمثل غالبا الدلائل أو الأمارات الأولي المنذرة للأسرة بوجود شيء خاطيء؛ وقد يقرر أعضاء الأسرة بأنهم قد لاحظوا بأن الفرد (الفصامى) كما لو أنه "ينجرف بعيدا بالتدريج" .

الأنماط الفرعية ومؤشرات التطور

يستند تشخيص الأنماط الفرعية للفصام إلي الصورة الكلينيكية التى توفرت من أحدث إجراءات التقويم للشخص أو إلي الإيداع للرعاية الكلينيكية ؛ هذا التشخيص ربما يتغير مع مرور الوقت . ونقدم فى فقرات لاحقة عرضا لكل نمط من الأنماط الفرعية التالية ولمحكاتها التشخيصية :

النمط الهذائى (جنون العظمة) **295.3.Paranoid Type**

النمط المفكك أو المراهق **295.1.Disorganized Type**

النمط التخشبى **295.2.Catatonic Type**

النمط غير المميز **295.9.Undifferentiated Type**

النمط المتبقى أو الترسبى **295.6.Residual Type**

وقد تستخدم المؤشرات التالية لتوضيح النسق التطورى لمسار أعراض الفصام مع مرور الوقت . ويمكن تطبيق هذه المؤشرات فقط بعد إنقضاء فترة عام علي الأقل منذ بداية ظهور أعراض الطور النشط **Active - phase symptoms**. ولذا نضع فى اعتبارنا أنه لا تطرح مؤشرات للتطور أثناء هذه الفترة الأولية التى تستغرق عاما واحدا .

في نوبات مع وجود أعراض متبقية بين النوبات **Episodic With Interepisodic Residual Symptoms** : ينطبق هذا المؤشر حينما يتصف مسار تطور الفصام (النسق

التطورى) بنوبات ينطبق عليها المحك " أ " لتشخيص الفصام، وفي نفس الوقت توجد أعراض باقية ذات دلالة كلينيكية بين النوبات .

مع أعراض سالبة غالبة **With Prominent Negative Symptoms** يمكن إضافتها إذا وجدت أعراض سالبة غالبة أثناء هذه الفترات الباقية .

فـي نوبـات مـع عـدم وجـود أعـراض متبقيـة بيـن النوبـات **Episodic With No Interepisodic Residual Symptoms**: ينطبق هذا المؤشر حينما يتصف مسار تطور الفصام (النسق التطورى) بنوبات ينطبق عليها المحك " أ " لتشخيص الفصام، وفى نفس الوقت لا توجد أعراض باقية ذات دلالة كلينيكية بين النوبات .

متصل **Continuous** : ينطبق هذ المؤشر حينما تتوفر الأعراض المميزة للمحك " أ " لتشخيص الفصام طوال كل (أو بعض) مسار تطوره (النسق التطورى) . ويمكن إضافة، " مع أعراض سالبة غالبة " ، إلي هذا المؤشر فى حالة وجود أيضا أعراض سالبة غالبة .

نوبة أحادية مع تحسن جزئى **Single Episode in Partial Remission** : ينطبق هذا المؤشر فى حالة وجود نوبة أحادية ينطبق عليها المحك " أ " لتشخيص الفصام ، فى حين تظل بعض الأعراض المتبقية ذات الدلالة الكلينيكية قائمة. ويمكن إضافة ، " مع أعراض سالبة غالبة " ، إلي هذا المؤشر إذا كانت هذه الأعراض المتبقية تتضمن أعراضا سالبة غالبة .

نوبة أحادية مع تحسن كلى **Single Episode in Full Remission** : ينطبق هذا المؤشر فى حالة وجود نوبة أحادية ينطبق عليها المحك " أ " لتشخيص الفصام، فى حين لا توجد أية أعراض متبقية ذات دلالة كلينيكية .

نمط آخر أو غير محدد النوعية **Other or Unspecified Pattern** : يستخدم هذ المؤشر فقط فى حالة وجود نمط آخر أو غير محدد لمسار تطور الفصام .

إجراءات التسجيل

يستند اختيار الرمز الشفرى التشخيصى للفصام، وفقا للدليل التشخيصى الرابع **DSM-IV** ، علي النمط الفرعي المناسب له :

النمط الهذائى (جنون العظمة) **295.3.Paranoid Type**

النمط المفكك أو المراهق **295.1.Disorganized Type**

النمط التخشبى **295.2.Catatonic Type**

النمط غير المميز **295.9.Undifferentiated Type**

النمط المتبقى أو الترسبى **295.6.Residual Type**

ويراعي، عند تسجيل مسمي الاضطراب ، أن تدون مؤشرات النسق التطورى بعد تحديد النمط الفرعى المناسب (مثال ذلك : فصام، من النمط الهذائى ، فى نوبات مع وجود أعراض باقية بين النوبات ، مع أعراض سالبة غالبة) **[295.3.With Schizophrenia, Paranoid Type, Episodic With Interepisode Residual Symptoms, With Prominent Negative Symptons**

المعالم والاضطرابات المتلازمة

المعالم الوصفية والاضطرابات النفسية المتلازمة . قد يبدى الفرد المصاب بالفصام إنفعالات غير مناسبة (منها، علي سبيل المثال، الابتسام، أو الضحك، أو تعبير سخيف بالوجه، وذلك فى حالة عدم وجود مثير مناسب)؛ وتلك من المعالم الواسمة للنمط المراهق من الفصام . ويعد الشعور بالاغتمام أو عدم الإنشراح أو انعدام اللذة **Anhedonia** من المعالم الشائعة فى وصف الفصام، ويظهر هذا الشعور فى فقدان اللذة أو الاهتمامات . وقد يأخذ المزاج المنهبط **Dysphoric Mood** شكل الاكتئاب، أو القلق، أو الغضب. وربما تنشأ اضطرابات فى نمط النوم (مثال ذلك : النوم أثناء النهار، والنشاط أو الأرق أثناء الليل). ويبدى الفرد نقصا فى اهتمامه بتناول الطعام، أو ربما يرفض الطعام نتيجة لمعتقدات هذائية تراوده. وتوجد فى معظم الحالات اختلالات فى النشاط النفسى الحركى (مثال ذلك : السير بخطي سريعة، أو المشي الهُوَيْنا أو بخطي موزونة **pacing** ، أو الاهتزاز أو التأرجح فى المشى **rocking** ، أو عدم الحركة (بلا مبالاة) **Apathetic immobility**. ويتصفون غالبا بصعوبة التركيز، التى تظهر واضحة فيما يعانونه من مشكلات الانتباه أو التشتيت بسبب ما يغمرهم من منبهات داخلية . وعلي الرغم من أن الوظائف العقلية الأساسية تعتبر سليمة، أي غير مصابة فى حالة الفصام ، إلا أنه تتوفر بعض الدلائل عن اختلال الوظائف المعرفية. فقد يعانى الفرد من التشوش، أو اختلال التوجه، أو اضطراب الذاكرة، أثناء فترة تفاقم الأعراض النشطة، أو فى حالة وجود أعراض سالبة بالغة الشدة. ويعد انعدام الاستبصار من المعالم الشائعة ، وقد يمثل واحدًا من أقوي المنبئات بنتيجة سيئة للحالة التى يصل إليها الفرد. وربما يعزي ذلك إلي أن إنعدام الاستبصار قد يجعل الفرد لا يستجيب للعلاج . ويشيع بين الأفراد المصابين بالفصام فقدان الشخصية (أو استلاب الشخصية أو اختلال الإنية) **Depersonalization** ، وفقدان الواقع **Derealization** ، واعتلالات

جسمية ؛ وهذه تغيرات قد تصل فى بعض الأحيان إلي مستويات هذائية . ويبدون في بعض الأحيان اختلالات حركية ، منها ، علي سبيل المثال، التكشير، أو اتخاذ وضع جسمى معين، أو التكلف فى الكلام أو اصطناعه بطريقة شاذة، أو السلوك الطقوسى أو النمطى. وتميل معدلات طول عمر الأفراد المصابين بالفصام إلي أن تكون أقصر من غيرهم من عموم الناس ، وذلك لعدة أسباب ، منها الانتحار كعامل مهم، لأن ما يقرب من 1.% من الفصاميين يقدمون علي الانتحار. وتشمل العوامل المسهمة فى ازدياد خطر احتمالات الانتحار لدي الفصاميين ، أن يكون الفرد ذكرا، وعمره أقل من ثلاثين عاما ، ويعانى من أعراض اكتئابية، ومن البطالة، ومن العجز عن الوفاء بالالتزامات المالية للعلاج . وتتوفر بيانات متضاربة فيما يتعلق بمدي شيوع العنف بينهم ، مقارنة بالأفراد العاديين . وتشيع بينهم اضطرابات مرضية مشتركة **comorbidity** مع الاضطرابات المتعلقة بتعاطى مواد العقاقير والمخدرات **Substance - Related Disorders** (بما فيها الاعتماد علي تعاطى النيكوتين) . وفى بعض الأحيان قد يسبق بداية ظهور الفصام ، اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامى **Schizotypal Personality Disorder** ، أو اضطراب الشخصية الشبيهة بالفصام **Schizoid** ، أو اضطراب الشخصية ذات النمط الهذائي **Paranoid**. وليس من الواضح ما إذا كانت اضطرابات الشخصية هذه ، تمثل بوادر للفصام، أو ما إذا كانت تشكل اضطرابات منفصلة، مبكرة .

نتائج الفحوص المعملية المتلازمة : لا تتوفرنتائج لفحوص معملية يؤخذ بها كدلائل لتشخيص الفصام . ومع ذلك ، فقد سجل عدد من نتائج الفحوص المعملية التى تكشف عن وجود دلائل شاذة لدي مجموعات الأفراد من الفصاميين، مقارنة بمجموعات ضابطة من المفحوصين. واتضح وجود اختلالات بنائية فى تكوين الدماغ لدي الأفراد الفصاميين كمجموعة ؛ وتشمل هذه الاختلالات : تضخم منظومة بطين المخ **Ventricular system** ، ووجود أخاديد غالبة **prominenet sulci** في لحاء المخ **cortex**. كذلك، يكشف استخدام طرق تصوير تركيب المخ **Structural Imaging Techniques** عن عدد من الدلائل الشاذة، منها تناقص حجم المنطقة الصدغية **temporal** ومنطقة الحصين (أو حصان البحر أو قرن آمون) **Hippocampus** بالمخ، وزيادة حجم العُقَد القاعدية **Basal Ganglia** بالمخ، وتناقص حجم الدماغ. أما طرق تصوير وظائف المخ **Functional Imaging Techniques** ، فتوضح أن بعض الأفراد قد يوجد لديهم تدفق غير عادي للدم فى المخ، أو تزايد الجلوكوز فى مواضع معينة فى المخ (مثل، لحاء المنطقة الجبهية الأمامية (**Prefrontal cortex**. وتكشف أيضا المقاييس النفسية العصبية عن مدي واسع من اختلال الوظائف العقلية (منها، علي سبيل المثال، الصعوبة في تغيير حالة الاستجابة **Response set** ، وفى تركيز الانتباه، وفي تكوين المفاهيم المجردة). ويظهر من نتائج

الفحوص الفيزيولوچية العصبية عدة دلائل مرضية تشمل : بطء ز من الرجح **Reaction time** ، واضطراب حركة العين، واضطراب الاستجابات الحسية. وقد تتكشف أيضا بيانات شاذة من الفحوص المعملية ، إما علي أنها مضاعفات للفصام، أو للعلاج منه. ويميل بعض الأفراد الفصاميين إلي شرب كميات زائدة من السوائل ("التسمم المائى" **Water intoxication**)، وما يتبع ذلك من حدوث اختلال فى جاذبية دفع البول **Urine gravity** ، أو اختلال توازنات التحلل الكهربى **Electrolyte imbalances**. وربما ينتج عن "زملة الأعراض الخبيثة الناتجة عن تعاطى المهدئات العصبية" **Neuroleptic Malignant Syndrome** ، ارتفاع فى الإنزيمات المعروفة ب "كرياتين الفوسفوكاينيز" **Creatine phosphokinase (CPK)**.

نتائج الفحوص الجسمية والحالات الطبية العامة المتلازمة : يبدى الفصاميون فى بعض الأحيان عدم ملاءمة من الناحية الجسمية، ويظهرون دلائل تعرف ب "العلامات العصبية الرخوة" (**Neurological "soft signs"**) ، مثل الارتباك بين اليمين واليسار، أو ضعف التآزر الحركى، أو الرسم فى المرآة. ويشيع بينهم بعض الاختلالات الجسمية، مثل سقف الحلق الذى يأخذ شكل القوس المرتفع **arched palate** ، وضيق العينين أو اتساعهما ، واختلال شكل الأذنين. ومع ذلك، فإن مظاهر الشذوذ الحركى**Motor abnormalities** قد تعد أكثر الدلائل الجسمية شيوعا بين الفصاميين . ومن المحتمل، أن معظم هذه الاضطرابات يرتبط بالآثار الجانبية الناتجة عن العلاج بعقاقير مضادات الذهان **Antipsychotic medications**. فالاضطرابات الحركية التى تنشأ كأعراض ثانوية للعلاج بالمهدئات العصبية **Neuroleptic treatment** ، تشمل : اختلال بطء الحركة الناتج عن المهدئات العصبية **Neuroleptic - Induced Tardive Dyskinesia** ، ومرض پاركنسون (الشلل الرعاشى) الناتج عن المهدئات العصبية - **Neuroleptic Induced Parkinsonism** ، والاضطراب الحاد للعجز عن الجلوس الناتج عن المهدئات العصبية **Neuroleptic - Induced Acute Akathisia** ، والزملة الخبيثة الناتجة عن المهدئات العصبية **Neuroleptic Malignant Syndrome**. وتلاحظ علي الفصاميين اضطرابات حركية تلقائية تشبه تلك الاضطرابات التى تسببها عقاقير المهدئات العصبية (مثل ، التنشق **sniffing** ، وعمل صوت باللسان كالقَرْق (وهو صوت الدجاجة **tongue clucking** ، وإصدار صوت غليظ قمىء من أنفه **grunting**)، بالرغم من صعوبة تمييز تلك الاضطرابات عن تأثير المهدئات العصبية . وتتوفر دلائل جسمية أخري ترتبط ببعض الاضطرابات الأخري، ومنها، علي سبيل المثال، تلك الاضطرابات المتعلقة بشيوع الاعتماد علي النيكوتين والتى يحتمل كثيرا أن ينشأ عنها أمراض متعلقة بتدخين السجائر، مثل التضخم الرئوى **Emphysema** وأمراض الرئتين والقلب.

المعالم النوعية الثقافية والعمرية والمتعلقة بنوع الجنس

ينبغي أن يولى الاختصاصيون الكلينيكيون اعتبارا كافيا للفروق الثقافية عند قياس أعراض الفصام وتقديرها فى المواقف الاجتماعية الاقتصادية أو الثقافية التى تختلف عما يميز مجتمعاتهم. فبعض الأفكار التي تظهر فى ثقافة من الثقافات وتبدو كأفكار هذائية (مثل الأفكار المتعلقة بالسحر والشعوذة) ، قد يجرى قبولها فى ثقافة أخري . وتعتبر الهلوسات البصرية أو السمعية ذات المضمون الديني، فى بعض الثقافات ، جانبا عاديا من الخبرة الدينية (مثل رؤية مريم العذراء ، أو سماع صوت الله) . وربما يلقي قياس الكلام المضطرب وتقويمه صعوبة بسبب التباين اللغوى فى أساليب التعبير عن الثقافات، والذى يؤثر فى الشكل المنطقى للتعبير اللفظى. ويتطلب قياس النواحى الانفعالية وتقويمها حساسية للفروق فى أساليب التعبير الانفعالى، واتصال العينين أو التواصل البصرى، ولغة الجسم، والتى تتباين بين الثقافات. وفى الحالات التى تتم فيها إجراءات القياس والتقويم فى لغة تختلف عن لغة الفرد الأصلية، فإنه ينبغى أن تولى عناية كبيرة للتحقق من أن "فقر الكلام" **Alogia** لا يرتبط بالحواجز اللغوية. كذلك ينبغى توجيه عناية كبيرة فى قياس اضطرابات الإرادة وتقويمها، وذلك بسبب ما هو متوقع من تباين المعانى الثقافية للأنشطة التى تقوم علي المبادأة الذاتية، والموجهة نحو الهدف. وثمة دلائل تشير إلي أن الاختصاصيين الكلينيكيين ربما يميلون إلي المبالغة في تشخيص الفصام (بدلا من تشخيص "الاضطراب ثنائى القطب" **Bipolar Disorder**) لدي بعض الجماعات الإثنية. وقد سجل عدد من الفروق الثقافية فى مظاهر الفصام، ونسقه التطورى ، ونتائجه .وتتوفر بيانات تقرر أن السلوك التخشبى غير شائع نسبيا بين الأفراد المصابين بالفصام فى الولايات المتحدة الأمريكية، ولكنه أكثر شيوعا فى المجتمعات غير الغربية. ويميل الأفراد المصابون بالفصام في المجتمعات النامية إلي أن يواجهوا نسقا أكثر حدة لتطور الفصام لديهم، ونتائج أفضل ، من الأفراد فى المجتمعات الصناعية .

وتنشأ بداية ظهور الفصام ، علي وجه التحديد، فى الفترة الواقعة بين نهاية العقد الثانى ومنتصف العقد الثالث من العمر، ويندر ظهور الفصام قبل مرحلة المراهقة (بالرغم مما سجل لحالات كانت بداية ظهور الفصام عندها فى حوالى سن خمس أو ست سنوات). وتتصف المعالم الأساسية لتلك الحالات بأنها واحدة عند الأطفال، ولكنه من الصعب وضع تشخيص لهذه الفئة العمرية ، حيث يلاحظ أن الهذاءات والهلوسات تكون أقل ظهورا بالمقارنة بالكبار، فى حين أن الهلوسات البصرية تكون أكثر شيوعا عند الأطفال. ويلاحظ الكلام المضطرب فى عدد من الاضطرابات ذات البداية فى الطفولة (مثل اضطرابات

التواصل "التخاطب" ، والاضطرابات الارتقائية الشاملة) ، وكذلك في اضطرابات السلوك (مثل، اضطراب الانتباه - النشاط الزائد، واضطراب الحركة النمطى). ولا ينبغى أن تعزي هذه الأعراض إلي الفصام دون التحقق بدقة من هذه الاضطرابات الأكثر شيوعا فى الطفولة. كذلك قد يبدأ الفصام فى فترة متقدمة من العمر (مثلا، بعد سن 45 عاما). وهنا فإن الحالات ذات البداية المتأخرة تميل إلي أن تشبه حالات الفصام ذات البداية المبكرة، فيما عدا وجود معدلات أعلي بين النساء، وكثرة عدد مرات الزواج، وشيوعه لدي أشخاص ذوى تاريخ مهنى أفضل. وغالبا ما تشمل المظاهر الكلينيكية لتلك الحالات هذاءات العظمة **Paranoid delusions** والهلوسات، وقليلا ما تشمل أعراضا سالبة وسلوكا مضطربا . ويكون النسق التطوري عادة مزمنا، علي الرغم من أن الأفراد غالبا ما يستجيبون للعلاج بأدوية مضادات الذهان بجرعات منخفضة. أما بالنسبة للحالات المتقدمة فى العمر عند بداية ظهور الفصام (أي بعد سن 6. عاما)، فتشيع بينهم إختلالات حسية (مثل، فقدان السمع) بدرجة أكبر من الأشخاص العاديين كبار السن. ولا تزال أصول هذه الاختلالات ومنشؤها **Pathogenesis** غير معروفة.

أما فيما يتعلق بالفروق النوعية (بين الجنسين) ، فتتوفر بيانات تشير إلي وجود فروق بين الذكور والإناث فى مظاهر الفصام، وفى نسق تطوره. فبالنسبة للنساء، يحتمل أكثر أن تكون بداية ظهور الفصام لديهن متأخرة، ويبدين أعراضا مزاجية أكثر، وتشخيص مآل أفضل أي تحسنا أفضل. وعلي الرغم مما تبين من أن الذكور والإناث يصابون بالفصام بمعدلات متساوية تقريبا، إلا أن هذه التقديرات يشوبها الخلط فيما يتعلق بقضايا مثل أساليب تقدير هذه المعدلات، والتعريفات المستخدمة للفصام. فالدراسات المستمدة من المستشفيات تفرض معدلات أعلي للفصام بين الذكور، فى حين أن الدراسات المسحية علي المجتمع تشير إلي وجود معدلات متساوية بين الجنسين . وتؤدى التعريفات الواسعة للفصام التى قد تقترب من حدود "اضطرابات المزاج"، إلي تقدير معدلات أعلي للإناث بالنسبة للذكور، وذلك خلافا للتعريفات الضيقة نسبيا للفصام، التى يأخذ بها ،علي سبيل المثال، "الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع" **DSM-IV**.

التقديرات الإحصائية لمعدلات الانتشار

تتباين التقديرات الإحصائية المسجلة عن معدلات انتشار الفصام، لأن الدراسات المختلفة قد استخدمت طرقا مختلفة لتقدير هذه المعدلات والتحقق منها (مثل ، تقديرات معدلات الانتشار بالريف مقابل الحضر، والتقديرات المستمدة من المجتمع مقابل العيادة أو المستشفي)، وتعريفات مختلفة للفصام (تعريفات ضيقة مقابل تعريفات واسعة، وتعريفات مستمدة من محك مقابل تعريفات كلينيكية). وتتراوح تقديرات معدلات الانتشار للفصام بين ..2% إلي 2% فى دراسات واسعة كثيرة. والواقع أن معدلات انتشار الفصام تبدو متماثلة فى كل العالم، ولكن توجد بعض المناطق التى سجلت معدلات عالية. وإذا أخذنا كل مصادر هذه المعلومات فى الاعتبار، فإن معدلات انتشار الفصام تقدر عادة بنسبة تتراوح بين ..5% و 1% . كذلك، فإنه لما كان الفصام يميل إلي أن يكون اضطرابا مزمنا، فإن معدلات الحدوث **incidence** تكون أقل من معدلات الانتشار **prevalence** ، وتقدر معدلات حدوث الفصام هكذا بفرد واحد لكل1..... فرد كل عام .

النسق التطورى

يتحدد متوسط السن لبداية ظهور أول نوبة ذهانية للفصام فى الفترة ما بين بداية إلي متوسط العشرينيات من العمر بالنسبة للرجال، وفى فترة أواخر العشرينيات من العمر بالنسبة للنساء. وقد تكون البداية مفاجئة أو غير متوقعة، ولكن معظم الأفراد يبدون نمطا من طور بوادر المرض **Prodromal phase** ، أي الأعراض المتقدمة لبدء ظهور المرض، حيث يحدث تطور بطيء وتدريجى لمجموعة من العلامات والأعراض، منها، علي سبيل المثال، الانسحاب الاجتماعي، وفقدان الاهتمام بالدراسة أو العمل، والتدهور فى الصحة والمظهر، والسلوك غير العادى، وانفجارات الغضب. وربما يجد أعضاء الأسرة صعوبة فى تفسير هذا السلوك، ويفترضون أن الفرد "يمر بفترة صعبة" . إلا أنه، وفى النهاية، يكشف ظهور بعض أعراض الطور النشط **active - phase** لتفاقم الحالة عن علامات للاضطراب بأنه فصام. ويتصف سن بداية ظهور هذا الاضطراب بعلامات مرضية فيزيولوچية، كما تحدده مؤشرات مستمدة من تشخيص المآل . ومن الأرجح أن يكون الأفراد، الذين يتعرضون لبداية ظهور الفصام عندهم فى سن مبكرة، من الذكور، ويتصفون فى مرحلة ما قبل المرض بسوء التوافق والتحصيل الدراسى المنخفض، ووجود دلائل عن اختلالات بنائية فى المخ، وأعراض سالبة واضحة، واضطراب فى الوظائف المعرفية كما يجرى تقديرها بالمقاييس العصبية النفسية وتكون نتيجة هذا الاضطراب

عندهم بشكل أسوأ . وعلي العكس من ذلك، غالبا ما يكون الأفراد ، الذين يظهر الفصام لديهم فى سن متأخرة، من الإناث، اللائى يبدين دلائل أقل من اختلالات بنائية فى الدماغ، أو اضطراب فى الوظائف المعرفية، وتكون نتيجة هذا الاضطراب عندهن بشكل أحسن.

تفترض معظم الدراسات التى تناولت نسق تطور الفصام ونتائجه، أن النسق التطورى لهذا الاضطراب يكون متباينا، حيث يبدى بعض الأفراد تحسنا، فى حين يظل آخرون كمرضي مزمنين. وقد يبدو من المستحيل تحديد نتيجة بعيدة المدي لمرض الفصام، وذلك بسبب التباين فى تعريف الفصام وفى أساليب تقديره والتحقق منه. ومن المحتمل فى هذا المرض ألا يصل الأفراد إلي مستوي التحسن الكامل، أي العودة إلي الحالة السابقة علي المرض واستعادتهم لكامل أداء وظائفهم. ويتصف بعض مرضي الفصام بنسق تطوري ثابت نسبيا، فى حين يبدى آخرون تدهورا متواليا ومرتبطا بالعجز الشديد. وفى المرحلة المبكرة من هذا المرض، قد تسود أعراض سالبة ، وتبدو كمعالم لبوادر المرض. ثم يلى هذه المرحلة ظهور أعراض موجبة. إلا أن هذه الأعراض الموجبة تعد نتيجة لاستجابة الفرد للعلاج، ولذا فإنها تأخذ فى التناقص . وبجانب ذلك، تستمر الأعراض السالبة لدي أفراد كثيرين، حيث تراودهم بين نوبات الأعراض الموجبة. وثمة علامات تشير إلي أن الأعراض السالبة يحتمل أن تصبح أكثر هيمنة بشكل ثابت عند بعض الأفراد أثناء تطور المرض. وتكشف دراسات عديدة عن مجموعة من العوامل التي ترتبط بتوقعات أفضل لبعض الأفراد من خلال تشخيص المآل ، تشمل : التوافق الجيد فى فترة ما قبل المرض، والبداية الحادة، والبداية فى سن متأخر، وأن يكون الفرد من الإناث، ووجود أحداث مُرَسِّبة ، واضطراب المزاج كحالة ملازمة، ودوام أعراض الطور النشط لمدة قصيرة، وأداء الفرد لوظائفه بشكل جيد بين فترات النوبات، وضآلة وجود أعراض باقية عند أدني درجة، وعدم وجود اختلالات بنائية فى المخ، وأداء الوظائف العصبية بشكل عادى، ووجود تاريخ أسرى لاضطراب المزاج، وعدم وجود تاريخ أسرى للفصام.

النمط الأسرى

تزداد مخاطر التردى فى مرض الفصام بين الأقارب من الدرجة الأولي للأفراد المصابين به ، حيث تقدر بحوالي عشر مرات أكثر مما هو بين الأفراد العاديين. وتميل معدلات الفصام إلي التماثل بين التوائم الأحادية **monozygotic twins** بدرجة أكبر منها بين التوائم الثنائية **dizygotic twins**. وتوضح دراسات التبنى أن احتمالات نشأة الفصام تزداد عند الأقارب من الدرجة الأولي للأفراد المصابين به، فى حين أن الأقارب بالتبنى تقل عندهم هذه الاحتمالات. وعلي الرغم من توفر دلائل كثيرة تفترض أهمية العوامل

الوراثية في أسباب الإصابة بمرض الفصام، إلا أن البيانات المتوفرة عن عدم التطابق فى معدلات الفصام بين التوائم الأحادية تشير أيضا إلي أهمية العوامل البيئية .

التشخيص الفارق

توجد طائفة واسعة من الحالات الطبية العامة التى قد تتداخل مع الأعراض الذهانية ، منها أن "الاضطراب الذهانى الذى يعزي إلي حالة طبية عامة، أو إلي الهذيان، أو الخرف" **Psychotic Disorder Due to a General Medical Condition, Delirium, or Dementia** يتم تشخيصه حينما تتوفر دلائل مستمدة من تاريخ الحالة، أو الفحوص الجسمية، أو الاختبارات المعملية، توضح أن الهذيان أو الهلوسات هي النتيجة الفيزيولوچية المباشرة لحالة طبية عامة (مثل، أورام المخ) . أما "الاضطراب الذهانى الناتج عن مواد العقاقير والمخدرات" **Substance - Induced Psychotic Disorder** ، و "الهذيان الناتج عن مواد العقاقير والمخدرات" **Substance - Induced Delirium** ، و"الخرف الدائم الناتج عن مواد العقاقير والمخدرات" **Substance - Induced Persisting Dementia**، فيكون تمييزها عن الفصام استنادا إلي الحقيقة بأن مادة العقار أو المخدر (مثل، المخدرات التى يساء استخدامها، أو الأدوية الطبية، أو التعرض للتسمم) يجري الحكم عليها من الناحية السببية (الإتيولوچية) علي أنها مرتبطة بالهذاءات أو الهلوسات. وتوجد أنماط مختلفة كثيرة من "الاضطرابات المتعلقة بالعقاقير النفسية والمخدرات" **Substance-Related Disorders** قد تنشأ عنها أعراض مماثلة لأعراض الفصام (فعلي سبيل المثال ، يؤدى التعاطى المستمر للأمفيتامينات أو الكوكايين إلي نشأة الهذاءات أو الهلوسات؛ ويؤدى تعاطى الفينسيكليدين إلي نشأة مزيج من الأعراض السالبة والموجبة). ولذا، ينبغى علي الاختصاصى الكلينيكى، استنادا إلي عديد من المعالم الواسمة لنسق تطور الفصام والاضطرابات المتعلقة بالعقاقير النفسية والمخدرات ، أن يحدد ما إذا كانت الأعراض الذهانية قد نشأت عن تعاطى مواد العقاقير والمخدرات وظلت مستمرة ارتباطا بها. وهنا ينبغي علي الاختصاصى الكلينيكى فى مثل هذه الحالات، أن يحاول ملاحظة الفرد أثناء فترة الانقطاع عن التعاطى لمادة العقار أو المخدر (لمدة أربعة أسابيع مثلا). ومع ذلك، فقد يتطلب الأمر من الاختصاصى الكلينيكى، بسبب صعوبة التوصل غالبا إلي هذه الفترات الممتدة من الانقطاع عن التعاطي، أن يضع فى اعتباره الحصول علي دلائل أخري، منها ما إذا كانت الأعراض الذهانية قد تتفاقم نتيجة لتعاطى مادة العقار أو المخدر، أو تتناقص حينما يتوقف الفرد عن التعاطى أو لا يستمر فى التعاطى. وتشمل هذه الدلائل الواجب ملاحظتها كذلك ما يلي: درجة شدة الأعراض الذهانية فى علاقتها بمقدار تعاطى

مـادة العقـار أو المخـدر وبطـول مـدة التعـاطى، ومعرفـة الأعـراض المميزة الـتى تنشـأ عـن تعـاطى مـادة معينـة مـن مـواد العقـاقير والمخـدرات (فعلـي سـبيل المثـال، تتصـف مـواد الأمفيتامينات بأنها تخلق أعراضا مميزة وهى الهذاءات والأفعال النمطية، ولكن لا ينتج عنها بلادة إنفعالية أو أعراض سالبة بارزة) .

وقد يكون من الصعب تمييز الفصام عن " اضطراب المزاج مع معالم ذهانية" **Mood Disorder With Psychotic Features** و"الاضـطراب الفصـامى الوجـدانى" **Schizoaffective Disorder** ، ارتباطا بالحقيقة بأن اضطراب المزاج يشيع إبان مراحل تطـور الفصـام: طـور بـوادر المـرض **Prodromal phase** ، والطـور النشـط **Active phase** ، وطـور بواقـى المـرض **Residual phase**. أمـا إذا كانـت الأعـراض الذهانيـة تحـدث تحديـدا إبـان فـترات اضـطراب المـزاج، فإنـه يوضـع فـى هـذه الحالـة تشـخيص ل "اضطراب المزاج مع أعراض ذهانية" . وفيما يتعلق بالاضطراب الفصامى الوجدانى، ينبغي أن توجد نوبة مزاجية **Mood episode** تتلازم مع أعراض الطور النشط للفصام، وأن توجـد أعـراض مزاجيـة **Mood symptoms** تسـتمر لفـترة طويلـة مـن طـول مـدة الاضـطراب، وأن توجـد هـذاءات أو هلوسـات لفـترة أسـبوعين علـي الأقـل فـى حالـة غيـاب الأعـراض المزاجيـة البـارزة . وعلـي العكـس مـن ذلـك ، تتصـف الأعـراض المزاجيـة فـى الفصام إما بأنها تستغرق مدة قصيرة بالنسبة للمدة الكلية للإضطراب، وتحدث فقط إبان طوري بوادر المرض وبواقيه، أو بأنها لا تستوفى المحكات الكلية اللازمة لتشخيص نوبة مزاجية. أما إذا كانت الأعراض المزاجية تستوفى المحكات الكلية لتشخيص نوبة مزاجية تضاف إلي الفصام وتنطوى علي دلالة كلينيكية خاصة، فإنه فى هذه الحالة يوضع تشخيص إضـافى ل "اضـطراب اكتئـابى غـير محـدد النوعيـة" **Depressive Disorder Not Otherwise Specified** أو " الاضطراب ثنائى القطب غير المحدد النوعية" **Bipolar Disorder Not Otherwise Specified**. وقد يكون من الصعب تمييز "الفصام من النمط التخشـبى" عـن "ا ضـطراب المـزاج مـع معـالم تخشـبية " **Mood Disorder With Catatonic Features**.

ويختلـف الفصـام ، تحديـدا ، عـن "الاضـطراب الفصـامى الشـكل" **Schizophreniform Disorder** علي أساس طول مدة الاضطراب . فالفصام يتضمن وجود أعراض (تشمل أيضـا أعـراض بـوادر المـرض أو أعـراض بواقـى المـرض) تسـتمر لمـدة سـتة أشـهر علـي الأقل، بينما تستغرق المدة الكلية للأعراض فى "الاضطراب الفصامى الشكل" فترة شهر واحـد علـي الأقـل ولكـن أقـل مـن سـتة أشـهر . كـذلك، لا يسـتدعى "الاضـطراب الفصـامى الشـكل" تـدهورا فـى أداء الفـرد لوظائفـه. أمـا " الاضـطراب الـذهانى القصـير " **Brief Psychotic Disorder** ، فيتـم تحديـده اسـتنادا إلـي وجـود هـذاءات، أو هلوسـات ، أو كـلام

مضطرب ، أو سلوك تخشبى أو مضطرب بشكل فادح يستمر لمدة يوم واحد علي الأقل ولكن لأقل من شهر واحد .

ويتقرر التشخيص الفارق بين الفصام و "الاضطراب الهذائى" **Delusional Disorder** استنادا إلي طبيعة الهذاءات (لا تكون شاذة **nonbizzare** في "الاضطراب الهذائى") ، وإلي عدم وجود الأعراض الأخري الواسمة للفصام (مثل ، الهلوسات، أو الكلام المضطرب، أو السلوك المضطرب، أو الأعراض السالبة البارزة). ويكون من الصعب خاصة تمييز "الاضطراب الهذائى" عن النمط البارانويى للفصام، لأن هذا النمط الفرعى للفصام لا يتضمن أعراضا مثل الكلام المضطرب، أو السلوك المضطرب، أو الوجدان السطحى أو غير المناسب، ويرتبط غالبا بتدهور أقل فى أداء الفرد لوظائفه مما هو شائع فى الأنماط الفرعية الأخري للفصام. أما إذا كان الفرد يبدى تدنيا فى التوظيف النفسى الاجتماعى لطاقاته فى حالة "الاضطراب الهذائى"، فإن تدنى هذه الوظائف النفسية الاجتماعية ينشأ مباشرة من المعتقدات الهذائية ذاتها .

وقد يوضع تشخيص ل "الاضطراب الذهانى غير المحدد النوعية" **Psychotic Disorder Not Otherwise Specified** فى حالة عدم توفر المعلومات الكافية للاختيار بين الفصام والاضطرابات الذهانية الأخري (مثل، "الاضطراب الفصامى الوجدانى")، أو لتحديد ما إذا كانت الأعراض الموجودة ناتجة عن تعاطى مواد من العقاقير أو المخدرات، أو هى نتيجة لحالة طبية عامة. ومن المحتمل أن يحدث مثل هذا الغموض أو عدم التحديد خاصة فى مرحلة مبكرة من النسق التطورى للاضطراب.

وعلي الرغم من أن الفصام و "الاضطرابات الارتقائية الشاملة " **Pervasive Developmental Disorders** يتفقان فى وجود اضطرابات مشتركة بينهما فى اللغة والوجدان والعلاقات المتبادلة، إلا أنه يمكن تحديد الفارق بينهما بناءً علي عدة طرق. فالاضطرابات الارتقائية الشاملة يتم تعرفها علي وجه التحديد إبان مرحلة المهد أو الطفولة المبكرة (عادة قبل سن ثلاث سنوات)، ولكن مثل هذه البداية المبكرة نادرا ما تحدث فى حالة الفصام. وعلاوة علي ذلك، فإنه فى حالة "الاضطرابات الارتقائية الشاملة" ، لا توجد هذاءات وهلوسات بارزة؛ ويوجد اضطراب أكثر فى الوجدان؛ ويتصف الكلام بالمحدودية والنمطية. وقد يتطور الفصام فى بعض الحالات لدي الأفراد ذوى الاضطراب الارتقائى الشامل؛ ومن الواجب عمل تشخيص للفصام للأفراد الذين لديهم تشخيص سابق ل "الاضطراب الذاتوى أو التوحدى أو الاجترارى" **Autistic Disorder** أو لغيره من الاضطرابات الارتقائية الشاملة، وذلك فقط فى حالة ما توجد هذاءات أو هلوسات بارزة لمدة شهر علي الأقل. ومن الضرورى التمييز بين "الفصام ذى البداية فى الطفولة

" **Childhood - onset Schizophrenia** عن "مظاهر اضطرابات الطفولة التى تجمع بين الكلام المضطرب (يجرى تميزه عن "اضطرابات التواصل/التخاطب" **Communication Disorder**)والسلوك المضطرب (يجرى تمييزه عن "اضطراب الانتباه/ النشاط الزائد" **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**).

ويشترك الفصام فى معالم معينة (مثل، أفكار العظمة **Paranoid ideation** ، والتفكير الخرافى **Magical thinking** ، والإحجام أو التجنب الاجتماعى **Social avoidance** ، والكلام الاستطرادى **Digressive speech**) مع "اضطراب الشخصية ذات النمط العصابى" **Schizotypal Personality Disorder** أو "اضطراب الشخصية شبيهة الفصام" **Schizoid** ، أو "اضطراب الشخصية ذات النمط الهذائى" **Paranoid**، كما أن هذه المعالم ربما تكون مسبوقة بتلك الاضطرابات.ومن المناسب طرح تشخيص إضافى للفصام حينما تصل أعراض هذه الاضطرابات إلي درجة من الشدة تستوفى المحك " أ " من محكات تشخيص الفصام. ويراعي تقدير "اضطراب الشخصية" ذى التاريخ المرضى السابق وفقا للمحور "2" **Axis II** من "التقدير المتعدد المحاور فى التشخيص" ، يتبعه تمييز هذا الاضطراب علي أنه "قبل المرض" **Premorbid** ووضع هذا التمييز بين قوسين [مثال ذلك : "اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامى" (قبل المرض) **Schizotypal Personality Disorder (Premorbid)**.

المحكات التشخيصية للفصام

أ - الأعراض المميزة : وجود إثنين (أو أكثر من الأعراض التالية، ويستمر كل منها لقدر ملحوظ من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا تم العلاج بنجاح) :

(1) هذاءات

(2) هلوسات

(3) كلام مضطرب (مثل الكلام غير المترابط أو الخارج عن الموضوع)

(4) سلوك مضطرب أو سلوك تخشبى بشكل فادح

(5) أعراض سالبة ، وهي التسطح الوجدانى، أو فقر الكلام، أو انعدام الإرادة.

ملحوظة : يتطلب التشخيص وجود عرض واحد فقط من المحك "أ"، إذا كانت الهذاءات شاذة أو غريبة، أو إذا كانت الهلوسات تحتوى علي أصوات مُعَقِّبة أو تعليقية **voices commenting** علي سلوك الفرد أو أفكاره، أو علي إثنين أو أكثر من وجود أصوات متحدثة أو متحاورة **voices conversing** مع بعضها بعضا.

ب - اختلال الوظائف الاجتماعية/المهنية : قد نلاحظ لفترة طويلة من الوقت، منذ بداية ظهور الاضطراب، تدنيا بشكل واضح فى واحد أو أكثر من المجالات الرئيسة لأداء الفرد لوظائفه، مثل مجالات العمل، أو العلاقات المتبادلة، أو رعاية الذات، وذلك عن المستوي الذى حققه قبل بداية ظهور الاضطراب (أو حينما تكون البداية فى الطفولة أو المراهقة ، فإن الفرد فى هذه الحالة يفشل فى تحقيق المستوي المتوقع من الإنجاز الأكاديمى، أو المهنى، أو الخاص بالعلاقات المتبادلة).

ح - طول المدة : تظل العلامات أو المظاهر المستمرة للاضطراب قائمة لمدة ستة أشهر علي الأقل. وينبغي أن تتضمن فترة الستة الأشهر هذه شهرا واحدا علي الأقل للأعراض (أو أقل من شهر إذا تم العلاج بنجاح) التى تستوفى المحك " أ " (أي أعراض الطور النشط)، وقد تتضمن فترات أعراض طور بوادر المرض أو طور بواقى المرض. وإبان فترة بوادر المرض أو فترة بواقى المرض، قد تظهر دلائل الاضطراب من الأعراض السالبة فقط، أو من إثنين أو أكثر من الأعراض المحددة فى المحك " أ " والتى توجد فى شكل موهون أو هزيل (مثل، المعتقدات الغريبة، والخبرات الإدراكية غير العادية) .

د - استبعاد حالات الاضطراب الفصامى الوجدانى واضطراب المزاج: يستبعد "الاضطراب الفصامى الوجدانى" و "اضطراب المزاج مع معالم ذهانية"، من تشخيص الفصام، (1) إما لأنه لم تحدث نوبات من الاكتئاب الأساسى، أو من الهوس، أو نوبات مختلطة، في تلازم مع أعراض الطور النشط؛ (2) أو لأن طول مدة النوبات المزاجية، فى حالة حدوث تلك النوبات أثناء أعراض الطور النشط، يكون قصيرا بالنسبة لطول مدة فترتى الطور النشط وطور بواقى المرض.

ه - استبعاد حالات الاضطراب الناتج عن مواد العقاقير والمخدرات والاضطراب الذى يعزى إلي حالة طبية عامة : لا يعزي الاضطراب إلي التأثيرات الفيزيولوچية المباشرة لتعاطى مواد من العقاقير والمخدرات (مثل مواد العقاقير أو المخدرات التي يساء استخدامها، والأدوية الطبية) أو إلي حالة طبية عامة .

و - العلاقة بالاضطراب الارتقائى الشامل : إذا وجد تاريخ سابق للفرد من "الاضطراب الذاتوى أو التوحدى أو الاجترارى" أو من غيره من "الاضطرابات الارتقائية الشاملة"،

فإنه يوضع تشخيص إضافى للفصام وذلك فقط فى حالة وجود أيضا هذاءات أو هلوسات بارزة لمدة شهر علي الأقل (أو أقل إذا تم العلاج بنجاح).

تصنيف النسق التطوري الطولي **Longitudinal course** (يطبق فقط بعد انقضاء فترة عام علي الأقل منذ البداية الأولية لظهور أعرض الطور النشط) :

* في نوبات مع وجود أعراض متبقية بين النوبات **Episodic With Interepisode Residual Symptoms** (يتم تحديد النوبات علي أساس معاودة ظهور أعراض ذهانية بارزة) ؛ يجب أن نحدد أيضا ما إذا كان : مع أعراض سالبة غالبة **With Prominent Negative Symptoms**.

* في نوبات مع عدم وجود أعراض متبقية بين النوبات **Episodic With No Interepisode Residual Symptoms**·

متصل **Continuous** (توجد أعراض ذهانية بارزة طوال فترة الملاحظة) ؛ يجب أن نحدد أيضا ما إذا كان : مع أعراض سالبة غالبة .

* نوبة أحادية مع تحسن جزئى **Single Episode in Partial Remission** ؛ يجب أن نحدد أيضا ما إذا كان : مع أعراض سالبة غالبة .

* نوبة أحادية مع تحسن كلى **Single Episode in Full Remission**

* نمط آخر أو غير محدد النوعية **Other or Unspecified Pattern**.

الأنماط الفرعية للفصام

Schizophrenia Subtypes

تتحدد الأنماط الفرعية للفصام علي أساس الأعراض السائدة وقت التقويم. وعلي الرغم من تباين التضمينات المتعلقة بتشخيص المآل وبالعلاج للحالات المندرجة تحت تلك الأنماط الفرعية، إلا أن كلا من النمط الهذائى والنمط المراهق يميلان إلي أن يكونا أقل تلك الأنماط وأكثرها شدة، علي التوالى .

يستند تشخيص أي نمط من تلك الأنماط الفرعية علي الصورة الكلينيكية التي توفرت من آخر تقويم حديث للحالة، أو عند الإيداع بأحد المستشفيات أو المصحات؛ وهذه الصورة

ربما تتغير لذلك مع الزمن. وليس من غير القليل، أن تتضمن مظاهر الحالة أعراضا مميزة لأكثر من نمط فرعى واحد. ويعتمد الاختيار بين الأنماط الفرعية علي التقديرات التالية : يحدد " النمط التخشبى" **Catatonic Type** حينما توجد أعراض تخشبية غالبة (بصرف النظر عن وجود أعراض أخري)؛ و"النمط المراهق المفكك" **Disorganized Type** حينما يسود الكلام المضطرب والسلوك المضطرب والوجدان السطحى أو غير المناسب (إلا إذا كان "النمط التخشبى" موجودا أيضا)؛ و"النمط الهذائى" **Paranoid Type** حينما ينغمر الفرد بهذاءات أو هلوسات مسيطرة (إلا إذا كان النمط التخشبى أو النمط المفكك موجودين). أما "النمط غير المميز" **Undifferentiated Type** ، فهو فئة متبقية تصف المظاهر التى تتضمن أعراض الطور النشط الغالبة ولا تستوفى محكات تشخيص كل من النمط التخشبى أو المراهق المفكك أو الهذائى . أما "النمط المتبقى أو الترسبى" **Residual Type** ، فهو يختص بتلك الحالات التي تبدى مظاهر تدل علي استمرار الاضطراب ، ولكنها لا تستوفى محكات أعراض الطور النشط **Active-phase symptoms** .

ويتضمن الملحق " ب " (فئات المحكات التشخيصية ومحاورها اللازمة لمزيد من الدراسة) من "دليل العمل فى موسوعة تشخيص الاضطرابات النفسية" أبعادا أخري بديلة للأنماط الفرعية التقليدية للفصام؛ وهذه الأبعاد المقترحة هى : البعد الذهانى **Psychotic dimension** ، والبعد المفكك **Disorganized dimension** ، والبعد السالب **Negative Dimension**.

الفصام الهذائي

(النمط البارانويي للفصام)

.295.3

تتحدد المعالم الأساسية لتشخيص النمط الهذائى للفصام بوجود هذاءات أو هلوسات سمعية غالبة، مع الاحتفاظ النسبى بالوظائف المعرفية وبالنواحى الوجدانية. أما الأعراض المميزة لكل من النمط المراهق المفكك والنمط التخشبى (مثل ، الكلام المضطرب، والوجدان السطحى أو غير المناسب، والسلوك التخشبى أو المضطرب)، فلا تسود فى حالة النمط الهذائى . ويشيع فى هذا النمط تحديدا هذاءات اضطهادية (هذاءات الاضطهاد) **Persecutory Delusions** أو هذاءات العظمة **Grandiose Delusions** ،

أو كلاهما، ولكن قد تحدث أيضا هذاءات ذات موضوعات ومضامين أخري [مثل، الغيرة **Jealousy** ، والتدين المتكلف **Religiosity** ، أو الجسدية أو الاستغراق الجسدى (السوماتية) **[Somatization**. وتكون الهذاءات متعددة، ولكنها عادة ما تنتظم حول موضوع متماسك . أما الهلوسات، فتتعلق أساسا بمضمون موضوع الهذاء. وتشمل المعالم المتلازمة لتلك الأعراض حالات القلق، والغضب، وعدم التعاطف ، والولع بالجدل. ويتصف الفرد بطريقة تنم عن الشعور بالاستعلاء أو الأعلوية **superiority** والتفضل **patronizing** ، كما يتصف فى تفاعلاته المتبادلة مع الآخرين إما بطريقة متكلفة ورسمية للغاية، أو بإظهار القوة بطريقة مكثفة مفرطة. ومن شأن الأفكار الاضطهادية **Persecutory themes** (هذاء الاضطهاد) أن تهييء الفرد للإقدام علي سلوك الانتحار، فى حين أن تجمع خليط من هذاءات الاضطهاد وهذاءات العظمة مع الغضب يهيئه للعنف. وتميل بداية ظهور النمط الهذائى إلي أن تكون فى مرحلة متأخرة من عمر الفرد أكثر من الأنماط الأخري للفصام، وتكون الخصائص المميزة له أكثر ثباتا مع مرور الوقت. وعادة ما يبدى هؤلاء الأفراد اختلالا ضئيلا أو عدم اختلال فى استجاباتهم للفحوص النفسية العصبية ولاختبارات الوظائف المعرفية. وتتوفر بعض الدلائل التى تفترض أن تشخيص المآل ، أي مستوي التحسن، بالنسبة للنمط الهذائى البارانويى قد يعتبر أفضل بكثير من الأنماط الأخري للفصام، وخاصة فيما يتعلق بأداء الفرد لوظائفه المهنية وبمقدرته علي المعيشة بطريقة استقلالية .

المحكات التشخيصية للنمط الهذائي (البارانويي)من الفصام

لتشخيص هذا النمط من أنماط الفصام، ينبغى أن تتوفر فى أعراضه المحكات التالية :

أ - سيطرة واحد أو أكثر من الهذاءات أو الهلوسات السمعية المتكررة .

ب - لا يسود في هذا النمط أي من الأعراض التالية : الكلام المفكك ، أو السلوك المضطرب ، أو السلوك التخشبى ، أو الوجدان السطحى أو غير المناسب .

الفصام الهذائي

"الفصام من النمط البارانويي"

"حالات إيضاحية"

حالة " 1 " :

"جونسون رجل المخابرات"

تصف هذه الحالة رجلا أمريكيا من أصل أفريقي، طويل القامة، بادى الاعتداد والزهو بنفسه، دخل حجرة الطواريء بأحد المستشفيات الكبيرة، وسجل نفسه تحت إسم "هارى باكمان"، وطلب إيداعه بالجناح الثالث من المستشفي الخاص بقسم الطب النفسى . ولقد زعم أنه، بالرغم من الحقيقة بأن كل بطاقات هويته تحمل إسم "هارى باكمان"، إلا أن إسمه الحقيقى هو "چونسون" . وعندما سأله الطبيب النفسى المقيم: " وما هو إسمك الأول ؟" ، أجاب بثقة ظاهرة "لا يسمح لنا بإفشاء سر إسمنا الحقيقى" . واستطرد فى كلامه بأنه فى الحقيقة هو "جونسون الموظف بالمخابرات" ويعمل فى " وكالة الاستخبارات الأمريكية" **FBI**، وأنه مكلف بمهمة القبض علي "هارى باكمان" الذى شوهد أخيرا بمدينة پتسبرج منذ عدة سنوات. ويزعم أنه كان يتتبع "هارى" من مدينة إلي أخري، حيث كان يتظاهر بأنه مريض بمستشفيات الطب النفسى التى كان يعالج فيها "هارى" وذلك لكي يحصل علي معلومات عنه . ويقول أن "هارى" كان مصابا بمرض الصرع ويعالج منه بعقاقير الفينيتوين والپريميدون ، وكان فى الماضى يتناول أيضا التريفليوپيرازين . أما "چونسون رجل المخابرات"، فلم يتناول أية أدوية. ويزعم أيضا أنه يتصل برؤسائه فى "وكالة الاستخبارات الأمريكية" عن طريق جهاز (راديو)خاص مخبأ فى جيبه ، وأنه حضر إلي المستشفي لكي ينزل بنفس الجناح الذي كان يعالج فيه "هارى پاكمان" علي أنه طفل يبلغ من العمر عشر سنوات، لكى يبحث عن أية دلائل عن هارى أينما كان. وعبر هذا المريض بثقة واضحة عن تخوفه من أن هارى "الحقيقى" قد مات، ومن أن شخصا محتالا ربما قد انتحل إسم "هارى" وأودع بالمستشفى لكى يجمع كل متعلقاته المالية ويستولى عليها.

كان هذا المريض، أثناء المقابلة معه، متعاونا ومتجاوبا بصفة عامة. وتراوحت انفعالاته بين الجدية والحزم إلي الهزل والمزاح. وحينما أخذ الطبيب النفسى يناقشه فيما يقوله ويواجهه بالواقع ، صار دفاعيا وعدائيا.ولم تبدو منه علامات لوجود كلام مضطرب، أو اختلال معرفى، أو هلوسات. أما نتائج الفحوص الجسمية والعصبية والاختبارات المعملية، فكانت عادية.

وتأكد ،عن طريق مكالمة هاتفية للمؤسسة الإيوائية التى يقيم فيها المدعو "چونسون رجل المخابرات" ، أن إسمه كان "هارى پاكمان"، وأنه مريض يحمل تشخيصين ، وهما : الفصام المزمن، والصرع، ويعالج بأدوية التريفليوپيرازين والفينيتوين والپريميدون؛ وهي أدوية موصوفة قررها له مركز الطواريء بالمستشفي. وبالإضافة إلي ذلك، تقرر الاختصاصية الاجتماعية العاملة بهذه المؤسسة أن "هارى" فى الأيام القليلة الماضية كان يهيم فى الشوارع، ولا يعود غالبا إلي المؤسسة فى المساء؛ وأنها لم تشاهد عليه أية نوبات صرعية تبدو منه، ولا تعرف أي شيء عن المدعو "چونسون رجل المخابرات" .

وفى اليوم التالى ، تعرض هذا المريض لنوبة صرعية توترية - ارتعاشية معممة أو شاملة **Generalized tonic-clonic seizure** ، استمرت لحوالى دقيقتين، كان أثناءها يخبط برأسه علي الأرض. وتلقي علاجا بمركز الطواريء ؛ وكانت كل فحوصه عادية، بما فيها الفحوص المقطعية بالحاسوب للدماغ . واستيقظ بعد فترة قصيرة من هذه النوبة ، واستجاب لإسمه "هارى" واعترف بأنه كان فى نوبة صرعية. ثم اندفع وضرب الطبيبة النفسية علي رأسها، قائلا : "ولكنى أعتقد أن هارى مصاب بالصرع " ! وقال مبتسما : أنا هارى ! لقد وجدته ! " .

مناقشة حالة

" چونسون رجل المخابرات "

تتمثل العلامات المرضية الواضحة الوحيدة فى هذه الحالة فى اعتقاد "هارى" بأنه شخص آخر، وهو "چونسون الموظف بوكالة الاستخبارات الأمريكية" ؛ وتلك بوضوح حالة من هذاء الهوية الزائفة **False identity**. وعلي الرغم من أن هذاءات العظمة للهوية الزائفة تحدث فى نوبات الهوس للاضطراب أحادى القطب **Bipolar I Disorder** ، إلا أن هذاءات الهوية الزائفة غالبا ما تكون أعراضا للفصام.

وإذا حاولنا وضع تشخيص علي أساس المعلومات المحدودة التى تجمعت لدينا عن " هارى " ، فإن المهمة الأولي هي أن نحدد ما إذا كانت هذاءاته غريبة أو شاذة . فالهذاءات الغريبة أو الشاذة تتضمن ظاهرات لا تحدث فى الحياة الواقعية، مثل الأفكار التى تنتقل باللاسلكى، أو أن الشخص تحكمه قوة خارجية تسيطر عليه. ومن الصعب أن نطبق علي معتقدات "هارى" مفهوم الهذاءات الشاذة بأنه "چونسون رجل المخابرات" . فمن ناحية ، يوجد بالفعل عاملون بوكالات الاستخبارات الذين يتابعون أشخاصا آخرين، كما يوجد بالفعل أشخاص يغيرون من هويتهم عن قصد . ومن ناحية أخري ، لا يستطيع الناس واقعيا أن

يتوقفوا عن أن يكونوا أنفسهم ويصيروا أشخاصا آخرين .

ومن المشكوك أن ما ذكره المريض بأنه يتخابر عبر الراديو مع رؤسائه، يشير إلي احتمال أنه تراوده هلوسات سمعية. ولكن تشخيص هذه الحالة يتحدد بعدة أعراض، و هي : تجمع الهذاءات (سواء الشاذة أو غير الشاذة) والهلوسات ، مع المرض المزمن وما يصاحبه من اختلال فى أداء هذا الفرد لوظائفه الاجتماعية والمهنية، وعدم وجود ما يشير إلي اضطراب المزاج أو الاضطراب الناتج عن مادة من مواد العقاقير أو المخدرات أو الاضطراب الذى يعزي إلي حالة طبية عامة ؛ واستنادا إلي هذه المعالم يتحدد التشخيص بأنه حالة من "الفصام" . أما حالة الصرع، فيتم تقديرها فقط علي المحور "3" وفقا ل "نظام التقدير المتعدد المحاور فى التشخيص" ، ولكننا نتشكك بأن الصرع مسئول سببيا (إيتولوچيا) عن هذا الاضطراب .

حالة " 2 " : (حالة تاريخية)

"الدكتور شربير"

في عام 1903، نشر القاضى الألمانى دكتور دانييل پول شريبر، تاريخ حالته ، الذى ترجم من الألمانية إلي الإنجليزية تحت عنوان "مذكرات مريض نفسى" ("**Memoirs of a Neurotic**"). وقد قام فرويد بدراسة هذه الحالة وقدم بشأنها تفسيراته التحليلية للعلاقة بين الجنسية المثالية اللاشعورية **unconscious homosexuality** والپارانويا (جنون العظمة) ، وذلك استنادا إلي هذه الوثيقة وإلي تقرير أعده الطبيب المعالج لتلك الحالة عن إمكاناته العقلية.

إن كل ما نعرفه عن مرض "دكتور شريبر" لأول مرة كان عام 1884، حيث شُخصت حالته آنذاك علي أنها "نوبة شديدة من توهم المرض" **Hypochondria** ، وتعافي منها كلية بعد فترة ستة أشهر، ثم عاد إلي زوجته وإلي وضعه المهنى فى مجال السلك القضائى . وليس من الواضح كم كان عمره فى ذلك الوقت؛ ولكنه حينما تزوج وحصل علي مكانته المهنية لم يكن صغير السن . وفى الفترة التى أعقبت حالته هذه، إنْتُخِب لمنصب قضائى كبير .

أما المرض الثانى ، في عام 1893، فقد بدأ بفكرة متسلطة عليه بأنه بسبيله إلي أن يتحول إلي إمرأة. وفى ذلك يقول "دكتور شريبر" :

... لقد دُبِّرت مؤامرة ضدي، هدفها رسم خطة يتم بموجبها أخذى إلي شخص بطريقة خاصة ، وذلك حينما يعرفون أن ما أشكو منه من اضطراب عصبى غير قابل للشفاء أو يفترض أنه كذلك . ولهذا فإن روحى سوف تنتقل إليه، ولكن جسدى سوف يتحول إلي جسد أنثي، وهكذا يستسلم الجسد لهذا الشخص فى منظر من الإساءة الجنسية - ثم " يترك حيث كان " ، ويظل منغمسا فى الفساد .

ويصف " دكتور فيبر " **Dr. Weber** ، مدير مصحة سونينشتاين بألمانيا، التي كان يعالج فيها "دكتور شريبر" ، حالته كما يلى:

... تعرض " دكتور شريبر " أساسا للاضطراب نتيجة لما يستحوذ عليه من أفكار توهم المرض، ويشكو من أن دماغه قد صارت رخوة، وأنه علي وشك الموت. ولكن أفكار الاضطهاد وجدت طريقها بالفعل إلي الصورة الكلينيكية، إستنادا إلي الأوهام الحسية التى أخذت تظهر فقط فى البداية بشكل متقطع، بينما كان يلاحظ عليه فى نفس الوقت درجة عالية من فرط الحس **Hyperaesthesia** - أي الحساسية الشديدة للصوت والضوء . ثم صارت الأوهام البصرية والسمعية متكررة الحدوث بدرجة كبيرة .... وأعتقد أنه قد مات وتحلل جسده، وأنه يعانى من لعنة المرض؛ ويؤكد أنهم سوف يمثلون بجسده بكل الطرق البشعة؛ وأنه حتي هذه الفترة صار يتعرض لأشكال من الرعب أكثر مما يتخيله أي شخص. لقد استحوذت علي هذا المريض ظاهرات مرضية بالغة الشدة، حيث كان يجلس جامدا تماما وبلا حركة لعدة ساعات. ومن ناحية أخري، صار يتعذب من هذه الحالة إلي درجة أنه كان يتوق إلي الموت. وأتي بمحاولات متكررة لإغراق نفسه في الحمام، وطلب إعطاءه سيانيد البوتاسيوم الذي كان يعتقد أنه ينبغى أن يموت به. ثم أخذت أفكاره الهذائية تأخذ بالتدريج طابعا دينيا؛ حيث يعتقد أنه علي اتصال مباشر بالله ، وأنه لعبة الشياطين، وأنه يشاهد "رؤي خارقة"، ويسمع "موسيقي مقدسة"، إلي حد أن وصل فى النهاية إلي الاعتقاد بأنه يعيش فى عالم آخر .

وأضاف إلي ذلك ، أنه يعتقد أن هناك أشخاصا معينين يضطهدونه ويصيبونه بالأذي، والذين صب عليهم أشكالا عديدة من الإساءة. وكان طبيبه السابق دكتور فليشج موضوعا للعنته ، حيث أطلق عليه "قاتل الروح" . وكانت الأصوات التى يسمعها أثناء هذه الفترة تسخر منه وتهزأ به .

وفى غضون السنوات القليلة التالية، كان هناك تغير تدريجى فى حالة "دكتور شريبر" ؛ ذلك أن قلقه من أن يتحول إلي "إمرأة داعرة" تطور إلي اعتقاده بأن ذلك كله كان جانبا من خطة للشيطان، وبأن لديه رسالة لتحرير العالم. ويقول "شريبر" فى ذلك:

والآن ، لقد صرت واعيا تماما بأن الخطة كانت تتطلب منى أن أُخْصَي وأصير مخنثا، سواء أردت ذلك أم رفضته ، ولا يوجد سبب معقول كان مطروحا أمامي يجعلني أحمل نفسى إلي الاعتقاد بأنى سوف أتحول إلي إمرأة. وتكون الخطوة التالية بعد إخصائى هي التلقيح ... عن طريق أشعة إلهية حتي نهاية هذه الخطة وهي خلق سلالة جديدة من البشر.

ويضيف "شريبر" :

أما الشيء الوحيد الذى يبدو غير معقول فى عيون الناس الآخرين، فهو الحقيقة، والتي وردت بالفعل فى تقارير الأطباء عنى، بأنى فى بعض الأوقات أقف أمام المرآة، والجزء العلوى من جسمى عاريا فى الغالب، وأرتدى عديدا من أدوات الزينة الخاصة بالنساء، مثل القلادة والحلي وغيرها. ويحدث لى ذلك عندما أكون وحدى فقط، ولا يحدث أبدا فى حضرة أشخاص آخرين، علي الأقل بقدر ما أستطيع تجنبه.

ويصف دكتور فيبر، فى تقرير له عام 1900، تغيرحالة "دكتور شريبر" علي النحو التالي:

كان "دكتور شريبر" خلال الشهور التسعة الأخيرة يتناول وجباته معى يوميا وعلي المائدة الخاصة التي تضم مجموعة الإختصاصيين العاملين معي. واتيحت لي بذلك فرص كثيرة للتحدث معه في كل ما يمكن تصوره من موضوعات . وفى كل هذه الموضوعات، سواء تلك التى تواترت فى ثنايا الحديث (بعيدا بطبيعة الحال عن الأفكار الهذائية) أو تلك التي تتناول أحداثا فى مجال الإدارة أو القانون أو السياسة أو الفن أو الأدب أو الحياة الاجتماعية، أعطي دكتور شريبر إنطباعا وأدلة عن نفسه بأنه يتمتع بعقلية غزيرة المعرفة، واهتمامات حية ، وذاكرة جيدة، وحكم سديد؛ وفوق ذلك، كانت نظرته الأخلاقية جانبا من المستحيل ألا نصدقه . وكان فى حديثه الرقيق مع السيدات دمثا ورقيقا. وحينما يلمس موضوعات بطريقة مرحة، كان يبدى براعة وكياسة. ولم يحدث أبدا أثناء هذه المحادثات البريئة حول مائدة الطعام، أن تعرض لموضوعات قد أثيرت في مواقف الاستشارة الطبية.

يقرر فرويد أن " دكتور شريبر " قد بذل عديدا من الجهود كي يستعيد حريته ، كما يبدو مما يلي :

... لم ينكر دكتور شريبر هذاءاته علي الإطلاق، أو يخفى نيته فى نشر مذكراته. وعلي العكس من ذلك، صار يمعن النظر فى أهمية أفكاره من الناحية الدينية، وتقييمها فى ضوء العلم الحديث ؛ ولكنه فى نفس الوقت، يركز علي أن أفعاله لا تنطوى علي أذي أو ضرر، وحيث يكون واعيا بأن هذاءاته هى التى تجبره علي ما يقوم به من أفعال. وفي الحقيقة أن

مثل هذه الفطنة وقوة حجته ومنطقه قد آلت فى النهاية، بالرغم من اعترافه بالشعور بالعظمة، إلي أن تكلل جهود علاجه بالنجاح. وفى يوليو عام 1902، استعاد "دكتور شريبر" حقوقه المدنية .

تشخيص فرويد : خرف فصام العظمة

Dementia Paranoides

مناقشة حالة

" دكتور شريبر "

تتصف حالة "دكتور شريبر" بهذاءات شاذة (أي تتضمن ظاهرة تعتبرها ثقافة هذا الشخص غير مقبولة كلية)، تبدأ كهذاءات اضطهاد (مثال ذلك، أنه سوف يتحول إلي إمرأة، مع صور لإساءة جنسية)، ثم تصير فيما بعد هذاءات جسمية (مثال ذلك، شكواه من رخاوة دماغه)، وهذاءات العَدَم (مثال ذلك ، شعوره بأنه ميت وبأن جسمه قد تحلل)، وهذاءات دينية (مثال ذلك، ما يقرره من أنه علي اتصال مباشر بالله)، وأخيرا هذاءات العظمة (مثال ذلك، شعوره بأنه مكلف برسالة لتحرير العالم). أما ما يشير إليه "دكتور فيبر" من "أفكار توهم المرض" ، فهي فى الواقع هذاءات جسمية . ويؤول بنا ذلك إلي الشك فى أن المرض الأصلى، والذى شُخِّص علي أنه "نوبة شديدة من توهم المرض" ، قد تضمن أيضا هذاءات جسمية. وكانت هذه الهذاءات مصحوبة بهلوسات سمعية (مثال ذلك ، الموسيقي المقدسة)، وهلوسات بصرية (مثال ذلك، مشاهدة رؤي خارقة)، كما يحتمل أيضا أنها كانت مصحوبة بهلوسات لمسية (مثال ذلك ، ما يقرره بأنهم سوف ينكلون بجسده بكل الطرق البشعة).

وتفترض طريقة جلوسه "الجامدة وبلا حركة لعدة ساعات"،وجود حالة من الذهول (الانشداه) التخشبى (أي تناقص ملحوظ فى استجابته للبيئة، وانخفاض حركاته التلقائية ونشاطه التلقائى). وربما يفترض نفس هذا السلوك وجود حالة من الذهول الاكتئابى؛ ولكن، بصرف النظر عن أفكار الانتحار، لا توجد أية إشارة أخري لأعراض إكتئابية مميزة .

وبالرغم من أن الأعراض الذهانية السائدة هي من نمط هذاءات العظمة، إلا أنه لا يفترض تشخيص لذلك الشخص علي أنه حالة من "الاضطراب الهذائى" بسبب الهلوسات السائدة والطبيعة الشاذة للهذاءات . ولكن وجود هذاءات شاذة وهلوسات سائدة، مع تدنى مستوي أدائه لوظائفه في مجالات كثيرة بشكل ملحوظ عما كان عليه قبل بداية ظهور الاضطراب، إنما يفترض حالة من "الفصام" . كذلك، يضيف وجود معالم بارزة تتمثل فى هذاءات

الاضطهاد والهلوسات، مع عدم وجود كلام مضطرب أو سلوك مضطرب أو وجدان سطحى أو غير مناسب أو سلوك تخشبى متكرر، أن الفصام فى تشخيص هذه الحالة هو "من النمط الهذائى (البارانويى)" .

حالة " 3 " :

تتناول هذه الحالة سيدة، تدعي "ميريام "، جري إيداعها بالمستشفي بعد استدعاء أمها للشرطة ، لأنها صارت تخاف من أنها - أي المريضة - قد تؤذى كلا منهما . تزعم ميريام بأن عمرها 56 سنة، وتعيش مع أمها "إستر" التي تبلغ من العمر 76 عاما، وتعتبرها أما "مزعومة" أو "غريبة"، كما تعيش مع أخت لها فى سن 12 سنة. وتصف أمها علي أنها صديقة للأسرة، قدمت لها ولأختها حجرة منذ عدة سنوات، ولكنها تسبب لها غضبا بشكل متزايد نتيجة لتصرفها علي أنها أمها أو جدتها، وتقتحم خصوصيتها، وتهجم عليها أثناء النوم، و"توغر صدر أختى بحقد ضدى" .

وتقرر هذه المريضة أن المنازعات المنزلية تتطور إلي حد التهديد بالعنف ، وذلك هو حالها عشية إيداعها بالمستشفي، وكذلك هو ما دعي أمها إلي إرسالها إلي المستشفي لرعايتها صحيا. وتوقعت المريضة أن تخرج من المستشفي حالما ينتهي الاختصاصى الاجتماعى من أن يدبر لها ولأختها "مكانا مناسبا لتربية إبنتها، التى تناهز سن الشباب" . واعترفت أنها عند إيداعها بالمستشفي كانت تبدى إحساسا بالارتباك والتشوش، ولكنها تنكر وجود أية تغيرات فى النوم والشهية، أو اضطراب فى المزاج، أوهلوسات. ومع ذلك، تصف أصواتا "مندفعة كأصوات الانفجارات" فى "جمجمتها" كانت تسمعها علي فترات متقطعة فى السنوات الماضية، والتى تشعر أنها ناتجة عن وجود سائل فى أذنيها؛ وفى أوقات أخري تشعر بأنها "واعية جدا" بأفكارها، ولكنها تنكر سماع أصوات .

وقد كشفت "ماريام" عن تاريخ غامض ومعقد لحالتها، علي النحو التالى : ولدت منذ 56 عاما فى إيطاليا. وكان والداها (لوسى ووليام) من الأثرياء بسبب تجارتهما فى البترول، وانتقلوا إلي الحياة فى نيويورك، حيث قضت طفولتها. أما "إستر" فهي صديقة للعائلة، وتزورهم من آن لآخر. ثم تقرر أنها عاشت بعد ذلك فى أوربا و شمال أفريقيا، وأنها كانت موجودة فى هيروشيما حينما ألقيت عليها القنبلة الذرية. وقد خلف معها هذا الحادث رقاقة معدنية فى رأسها وأصبح لها "مخ ذرى" . وتقول أنها عاشت مع "لوسى ووليام" من عام 1957 حتي عام 1968، وأنه كان لها ثلاث أزواج وسبعة أطفال، وأن أصغرهم (أليس) قد ولدت من زوجها الأخير فى عام 1968، بعد أربع سنوات من موته. وعند سؤالها كيف يكون ذلك، أوضحت أن "عدوي الأنابيب" قد أخرت عملية الحمل "بطريقة فنية" .

ووفقا لما ترويه الحالة، أنها بعد ميلاد "أليس" انتقلت إلي مكان آخر مع "إستر" وسجلت نفسها فى برنامج خاص للطلاب في متوسط العمر بإحدي الكليات ، حيث تفوقت فى اللغات "الرومانسية". وصارت مدمنة للكحوليات بشكل مفرط. وحينما لا تتعاطي الخمور، فإنها تصاب برجفة شديدة وتتصبب عرقا زائدا. وقد أعقب موت أبيها، أن صارت مكتئبة، وفقدت وزنها. وانتهت بها "نوبة عصبية" إلي إيداعها علي أنها حالة عقلية فى مستشفي لمدة ثلاثة شهور، حيث توقفت عن تعاطي الخمر، وتحسنت نتيجة للأدوية العلاجية. وبعد عدة سنوات، قررت لها عيادة محلية للصحة النفسية أدوية تشمل البروليكسين (عقار مضاد للذهان) لمساعدتها علي "الاستقرار"، ولكن هذا العلاج تسبب في سقوط شعرها. وتقول أنها منذ ذلك الوقت صارت تعمل بانتظام، والتحقت فى البداية للعمل فى "مكتب التربية" ، وكزائرة صحية منزلية. أما فى العام الأخير، فقد ظلت بالمنزل لرعاية طفلتها.

أما الأم (إستر)، فتروى تاريخا لحالة إبنتها مختلفا تماما، ويؤيد روايتها أعضاء الأسرة والهيئة الكلينيكية. ففى الواقع أن "ميريام" تبلغ 30 عاما من العمر، وأمها (إستر) 56 عاما، وهى أمها بالفعل. وعندما كان عمر ميريام سبع سنوات، هجرهم الأب. وفى العام الثانى انتقلت ميريام وأختها الأكبر إلي نيويورك لكى يعيشا مع عمة أمهما "لوسى" وزوجها "وليم" ؛ ويحتمل أن يكون هذا التغير لأسباب مالية. أما الأم (إستر) فكانت تزورهما فى الأجازات والعطلات الأسبوعية .

كانت " ميريام" طالبة جيدة، قليلة الأصدقاء، وكتومة لا تفصح عن نفسها. وعندما كان عمرها سبعة عشر عاما ، حملت من شخص لم تره مرة أخري بعد ذلك. وأنهت دراستها بالمدرسة الثانوية، ولكنها كانت تشعر بالخزي، وعادت إلي منزل أمها لكي تضع مولودها. وصارت الأم تعنى بإبنتها وبطفلتها "أليس"، وتولت مسئولية رعاية تلك الطفلة. وبدأت ميريام فى الانتظام فى فصول مسائية للتدريب علي مهارات العمل لمدة عامين بإحدي الكليات، إلا أن أداءها كان ضعيفا. ثم عملت لمدة عام كزائرة صحية، ولكنها تركت هذا العمل لأنها تعتقد أن الناس يتآمرون ضدها. وبدأت تسمع أصواتا تُعَقّب علي ما تقوم به من أفعال وتصرفات، وفى النهاية أودعت بمستشفي عام 1973، حيث تحسنت نتيجة للأدوية المقررة لعلاجها. وتوقفت الأصوات لعدة شهور بعد خروجها من المستشفي. وعاشت بالمنزل وعملت لبعض الوقت كسكرتيرة ، ولكنها رسبت في مقرر للاختزال والآلة الكاتبة.

وفى عام 1977 ، إستأجرت لها أمها شقة، ولكنها صارت تبدد نقودها، وطردت من الشقة بعد عام. وهذه الضغوط التى تعرضت لها قد تسببت فى نكستها مرة أخري (ولكن تفاصيل مرضها العقلى غير معروفة). وانتقلت لتعيش مع أمها وتحسنت كثيرا نتيجة لأدوية مضادات الذهان المقررة لها. والتحقت بعمل لمدة عام كزائرة صحية ولكن بطريقة غير

منتظمة. ثم توقفت عن العلاج بالأدوية المقررة، وتركت عملها. وعند هذه المرحلة، صارت تنادى أمها بإسمها "إستر" بدلا من "ماما"، وبدأت تقول أنها ليست أمها. وتطورت حالة "ميريام" ، وصارت أمها تشعر بخيبة الأمل فيها، كما صارت "ميريام" تشعر بالغيرة إزاء استمرار دور أمها فى رعاية إبنتها، وكانت الطفلة تفضل بوضوح جدتها "إستر".

وأخذت "ميريام" تمضى وقتا أكبر وحدها بالمنزل، بلا أصدقاء، وتخرج أحيانا لشراء بعض لوازمها من الملابس، ولكنها كانت تبدد ما معها فى شراء ملابس غالية الثمن. ويقول الأقارب أنها تكون غالبا فى حالة من الغضب والعنف حينما تتكلم عن أمها. وبدأت تصرخ فى أشخاص من صنع خيالها كى يتركوها وحدها ولا يلمسوها. وفى مواقف كثيرة ، كانت تهدأ حينما يتم استدعاء الشرطة. ولكنها، فى الليلة السابقة علي إيداعها المستشفي، فقدت قدرتها علي التحكم فى ذاتها، وهددت بأن تلقى بنفسها هى وأمها من النافذة. ولذا فقد قيدت من يديها وأحضرت إلي المستشفي .

لقد اتصفت حالتها العقلية فى مقابلات عديدة بالهدوء وبالسلوك المتلائم اجتماعيا . وكانت بدينة ومظهرها غير متأنق ، ولكن ملابسها تنم عن ذوق . ويتصف كلامها وحركتها بإيقاع عادى وبالقدر المناسب من التعبير. ومن الناحية الوجدانية ، فهي محدودة الانفعالات، بالرغم من أنها فى بعض الأوقات تبدو متحذلقة ومتغطرسة. وفى المقابلات المشتركة مع أمها، كانت تبدى بوضوح غضبا وسخرية. وتتصف عمليات التفكير لديها بنقص الترابط ، وبالغموض ، والسطحية. أما أكثر ما يلفت النظر، فهو ما تستخدمه من لغة غريبة تتراوح من الاستخدام الذاتى (مثل : "أمى المزعومة"، "أمي الغريبة") إلي التعبيرات الغريبة (مثل : "الطب يجعلنى مشوشا" .. "أمى لم تمنحنى شهادة للتخرج "...) .

وكانت تلجأ فقط إلي الإبتسام أو الضحك بصوت عال، حينما يواجهها الاختصاصيون بما فى حياتها من اضطراب.وحينما أودعت بالمستشفي لم تقر بما يراودها فى الوقت الحالى من سماع أصوات سريعة "كالمفرقعات" أو من الهلوسات. وتوضح تقارير الممرضات أنه حينما تتم ملاحظتها بطريقة غير مباشرة، فإنها تسلك كما لو أنها واعية بأشياء غير موجودة .

مناقشة حالة

" ميريام وإستر "

من الواضح أن لدي هذه المرأة مرض عقلى مع معالم ذهانية سائدة، أبرزها وضوحا ما يسيطر عليها من هذاء بأن المرأة التي تزعم أنها أمها هى فى الحقيقة صديقة للأسرة فقط . (وهذا الهذاء يبدو علي أنه شكل من أشكال "زملة كابجراس" **Capgras syndrome** ، حيث يعتقد الفرد بأن شخصا أو أكثر من الناس فى بيئته هم فى الواقع أشخاص محتالون يشبهون تماما أو غالبا الأشخاص الذين يقومون بأدوارهم). وتشمل الهذاءات الأخري الشاذة الاعتقاد بأن حملها فى طفلتها قد تأخر لعدة سنوات بعد موت زوجها الأخير، وبأنها كانت فى هيروشيما حينما ألقيت عليها القنبلة الذرية، مخلفة فى رأسها رقاقة معدنية .

وعلي الرغم من أنها تنكر وجود هلوسات عندها، فمن المحتمل أن الصوت الذى يتردد فى رأسها عبارة عن هلوسة سمعية؛ وتزعم أمها أن إبنتها (الحالة) كانت تسمع أصواتا فى الماضى.

ومن الواضح أن عدم وجود حالة طبية عامة أو استخدام مادة من مواد العقاقير أو المخدرات تكمن وراء الأعراض، ووجود تدهور ملحوظ فى أدائها لوظائفها لعدة سنوات، فضلا عن وجود هذاءات وهلوسات شاذة، - كل هذا يستوفى محكات تشخيص تلك السيدة علي أنها تعانى من حالة من "الفصام" . ويضاف إلي هذا التشخيص ، أن ما يهيمن عليها من هذاء أو أكثر، مع غياب معالم معينة مثل الكلام المضطرب والوجدان السطحى أو غير المناسب، إنما يحدد أن هذا الفصام هو "من النمط البارانويى" . ويتصف نسق تطور مرضها "بنوبة من التطور المتوالى لأعراض سالبة فى الفترات الواقعة بين النوبات الذهانية (مثل، العجز عن العمل، والعزلة الاجتماعية)" .

وتبدو بعض المعالم الشاذة فى هذه الحالة، تتمثل فيما يشار إليه فى بعض الأحيان علي أنه "خيالات زائفة" أو "أكاذيب وهمية" ("**Pseudologia fantastica**") ، وتتضمن تفاصيل خيالية ومتقنة عن الذات، ولكنها زائفة كلية، مع أن الفرد يبدو أنه يقتنع بها. وفى حالة "ميريام" ، يتضح ذلك فيما ترويه عن تاريخها الشخصى - كأن تذكر أنها ولدت فى إيطاليا، ونشأت فى كنف أسرة ثرية، وعاشت بعد ذلك فى أوروبا وشمال أفريقيا - وكذلك إدعائها بأنها تدمن الكحوليات (وهو ما أنكرته أسرتها) .

حالة "4" :

هذه الحالة لرجل يبلغ من العمر 44 عاما ، غير متزوج، وعاطل عن العمل؛ أحضرته الشرطة إلي غرفة الطوارىء بالمستشفي لاعتدائه بالضرب علي سيدة عجوز تقيم فى المبني الذى توجد به شقته. ويكرر شكواه الرئيسة بأنها "تلك العاهرة اللعينة . وهي وبقيتهم

يستحقون أكثر مما وضعونى فيه".

لقد كان هذا الشخص مريضا باستمرار منذ سن 22 عاما. وصار بالتدريج، أثناء العام الأول من دراسته بكلية الحقوق، أكثر اقتناعا بأن زملاءه يضحكون عليه. ولاحظ أنهم يطلقون أصوات كالشخير أو العطاس حينما يدخل قاعة الفصل. وحينما تخلت عنه صديقته، اعتقد أنها قد استبدلته بشخص آخر يشبهه؛ واستدعي الشرطة وطلب منها مساعدته فى حل مشكلة "الاختطاف" هذه. وتدهور أداؤه الأكاديمى فى دراسته بشكل كبير، وطُلب منه ترك الدراسة والبحث عن رعاية نفسية .

ثم حصل علي عمل بأحد البنوك كموظف فى مجال الاستثمار، وظل به لمدة سبعة أشهر. فقد لوحظ عليه التشتيت بشكل متزايد، وصار يرتاب فى الآخرين وينسحب عنهم. وفى هذه الفترة راودته أصوات مسموعة لأول مرة . وفى النهاية فُصل من عمله، ثم أودع بالمستشفي لأول مرة، وهو فى سن 24 عاما. ولم يعد يعمل منذ تلك الفترة .

لقد أودع هذا الشخص بالمستشفي إثنتي عشرة مرة، وبلغت أطول فترة لإقامته بها ثمانية أشهر. إلا أنه فى الخمس سنوات الأخيرة لم يودع بالمستشفي إلا مرة واحدة، لمدة ثلاثة أسابيع. وكان يتلقي أثناء فترات إقامته بالمستشفي مختلف أدوية مضادات الذهان. وقد قررت له أدوية يتناولها خارج المستشفي، إلا أنه كان يتوقف عادة عن تناولها بعد فترة قصيرة من خروجه من المستشفي.

وكان يعيش فى عزلة اجتماعية تامة، فيما عدا التقائه مرتين فى العام علي الغذاء مع عمه واتصالاته مع الاختصاصيين فى الصحة النفسية. وهو يعنى بنفسه ، ويطبخ وينظف لنفسه ويدبر أموره المالية التى تتضمن ميراثا متواضعا. ويقرأ يوميا "مجلة وول ستريت" الخاصة بالبورصة والأوراق المالية .

ويزعم هذا المريض أن شقته تعد مركزا لاتصالات واسعة، وتحتوى علي ثلاث شبكات تليفزيونية أساسية؛ ويتردد عليه الجيران ومئات من الممثلين من جيرانه. وتوجد كاميرات خفية فى شقته تسجل بدقة كل أنشطته. وحينما يلاحظ التليفزيون، فإن كثيرا من أفعاله البسيطة (مثل الذهاب إلي الحمام) يتم متابعتها في الحال، والتعليق عليها عن طريق المذيع بالتليفزيون. وحينما يكون خارج شقته، يكون تحت رقابة هؤلاء الممثلين من جيرانه، والذين يجري تنبيههم إلي ذلك. وهو يعتقد أن كل فرد فى الشارع يراقبه؛ وأن جيرانه يشغلون آلتين مختلفتين : أحدهما مسئولة عن كل أصواته، فيما عدا صوت "الچوكر" . ويقول أنه غير متأكد من الذى يتحكم فى هذا الصوت الذى "يزوره" من آن لآخر، وإن هذا الصوت مرح جدا. أما الأصوات الأخري، التي يسمعها لمرات كثيرة فى اليوم، فهى صادرة عن هذه الآلة ، التى يعتقد فى بعض الأحيان أنها تأتى مباشرة من الجار الذي تهجم

عليه. فمثلا، حينما يكون متوجها إلي عمله الاستثمارى بالبنك، فإن هذه الأصوات "المزعجة" ترشده باستمرار إلي الأوراق المالية التى يشتريها. أما الآلة الأخري، فيسميها "آلة الأحلام" ، التى تضع فى رأسه أحلاما شبقية، تتعلق عادة بالنساء السود.

ويصف هذا المريض خبرات غير عادية أخري؛ منها مثلا، أنه ذهب حديثا إلي محل للأحذية يبعد عن مسكنه بحوالي 30 ميلا، علي أمل أن يجد زوجا من الأحذية لا يكون قابلا "للتغير". إلا أنه وجد فى الحذاء، مثل بقية الأحذية التى يشتريها، مسامير خاصة موضوعة فى أسفل الحذاء هدفها إزعاجه. وكان مندهشا من أن قراره الخاص بأي محل أحذية يذهب إليه ، يعرفه مسبقا أولئك الأشخاص الذين يرغبون في إزعاجه، ولذلك فإنه يكون لديهم الوقت لكي يأخذوا الأحذية المعدة له خصيصا . ويقول أنه متأكد من أن جهودا فائقة تبذل و"ملايين من الدولارات" تنفق، لكي يظل تحت الرقابة. ويعتقد فى بعض الأحيان أن كل ذلك جزء من تجربة كبيرة لاكتشاف سر "ذكائه الخارق".

وكان، أثناء المقابلة، حسن الهندام، وكلامه مترابطا وموجها نحو الهدف؛ وانفعالاته فى معظمها بليدة بدرجة خفيفة. أبدي فى البداية غضبا شديدا من أن الشرطة قد أحضرته إلي المستشفي. وبعد عدة أسابيع من العلاج بعقاقير مضادات الذهان، أخفق فى أن يتحكم فى أعراضه الذهانية، ولذا فقد نقل إلي مؤسسة علاجية أخري تتوفر فيها تيسيرات الإقامة الطويلة .

مناقشة حالة

" تحت المراقبة "

من الواضح أن المرض الطويل عند هذا الشخص قد بدأ بهذاءات التلميح أو الإشارة (زملاؤه يضحكون عليه عن طريق إطلاق أصوات كالشخير أو العطاس حينما يدخل الفصل). وفى خلال عدة سنوات تطورت هذاءاته بشكل كبير وصارت معقدة وغريبة (جيرانه فى الواقع ممثلون، وأفكاره يجرى التحكم فيها وتسجيلها ، ووجود آلة تضع فى رأسه أحلاما شبقية) .

ومن المقرر فى مثل هذه الحالات أن الهذاءات الغريبة والهلوسات المهيمنة تحدد الأعراض الذهانية الفارقة فى تشخيص الفصام. ويتأكد هذا التشخيص من وجود اضطراب ملحوظ فى أدائه لعمله ولوظائفه المهنية والاجتماعية، وعدم وجود حالة من اضطراب المزاج المستديم أو حالة طبية عامة أو حالة من تعاطى مادة من مواد العقاقير أو المخدرات تكمن وراء هذا الاضطراب .

ويبدو من عرض هذه الحالة ، أن كل هذاءاته وهلوساته تتضمن فكرة واحدة، وهي وجود مؤامرة لإيذائه أو إزعاجه. ومن شأن الانغمار بالهذاء، مع عدم وجود كلام مضطرب ، أو وجدان سطحى أو غير مناسب، أو سلوك تخشبي أو مضطرب بشكل فادح، أن يضيف إلي تشخيص هذا الفرد أنه حالة من الفصام " من النمط البارانويى"، كما يتحدد توصيفا بالمؤشر أنه حالة " متصلة " كذلك ، لأنه لم يتخلص من الأعراض الذهانية لسنوات عديدة، أو يتحسن منها. ويعتبر تشخيص المآل بالنسبة لمثل تلك الحالات، أفضل من تشخيص المآل بالنسبة للنمط المراهق أو المفكك والنمط غير المميز من الفصام. ويبدو ذلك من أن هذا الشخص قد أبدي تحسنا كبيرا نتيجة للعلاج علي الرغم من مرضه الذهانى المزمن، بحيث أنه فى غضون خمس سنوات صار قادرا علي رعاية نفسه .

فصام المراهقة أو الفصام الهيبفريني

(النمط المفكك للفصام)

295.10

Disorganized Type

تتمثل المعالم الأساسية لنمط فصام المراهقة فى الكلام المفكك، والسلوك المضطرب، والوجدان السطحى أو غير المناسب 0 ويتصف الكلام المفكك بأنه يكون مصحوبا بالسخافات والضحك بما لا يتعلق بمحتوي الكلام0 ويؤدى الاضطراب السلوكى (أي نقص التوجه نحو الهدف) إلي الإخلال الشديد بالقدرة علي أداء أنشطة الحياة اليومية (مثل، الاستحمام ، أو ارتداء الملابس، أو إعداد الطعام)0 ولا تتفق أعراض هذا النمط مع محكات تشخيص النمط التخشبي للفصام؛ وفى حالة وجود هذاءات أو هلوسات ، فإنها تكون ضئيلة ، ولا تنتظم حول موضوع متماسك0 أما المعالم المتلازمة لهذا النمط ، فتشمل التكشير، والتكلف، وغير ذلك من مظاهر غرابة السلوك وشذوذه0ويبدى الأفراد المصابون بهذا النمط اختلالا ملحوظا فى أدائهم علي الاختبارات العصبية النفسية واختبارات الوظائف المعرفية0 كذلك، عادة ما يرتبط هذا النمط الفرعى باضطراب فى الشخصية فى مرحلة ما قبل المرض، وببداية مبكرة وخادعة لظهور أعراض هذا النمط، وبنسق تطورى مستمر بدون تحسن يذكر0 ويعرف هذا النمط الفرعى من أنماط الفصام، من الناحية التاريخية، وفى الأنظمة التصنيفية الأخري بمصطلح "الفصام الهيبفرينى" **Hebephrenic**

Schizophrenia (ويعرف أيضا بفصام البلوغ أو فصام المراهقة).

المحكات التشخيصية للنمط المضطرب من الفصام

295.10

لتشخيص هذا النمط من أنماط الفصام ، ينبغى أن تتوفر فى أعراضه المحكات التالية :

أ - يسود فى هذا النمط كل الأعراض التالية :

(1) الكلام المفكك

(2) السلوك المضطرب

(3) الوجدان السطحى أو غير المناسب

ب - لا تنطبق هذه المحكات علي النمط التخشبى للفصام .

فصام المراهقة (الفصام الهيبفريني)

"الفصام من النمط المفكك"

"حالات إيضاحية"

حالة (1) :

حالة رجل يبلغ عمره أربعين عاما ، ويبدو أصغر من سنه بعشر سنوات· أحضرته والدته إلى المستشفى، وتلك هي المرة الثانية عشرة لإيداعه في المستشفى، لأنها تخاف منه· كان يرتدي معطفا مهلهلا، وشبشبا منزليا، وقبعة كرة البيسبول، ويضع حول عنقه عديدا من الميداليات والنياشين· وتراوحت انفعالاته بين غضبه من أمه ((إنها تطعمني غائطا ··· مما يتبرز به الآخرون)) ، إلى القهقهة، والتقرب للشخص الاختصاصي بكل تذلل· كان كلامه

وأسلوبه أشبه بالطفل، ويمشي بخطى متبخترة وبحركات عن طريق ركبتيه مبالغ فيها. تقرر أمه أنه توقف عن تناول أدويته الطبية منذ حوالي شهر، وأنه بدأ منذ ذلك الحين يسمع أصواتا، وينظر ويسلك بشكل شاذ وغريب . وحينما كان يُسأل عما يفعله، كان يقول : (آكل أسلاكا ونارا مضيئة) . ويتصف كلامه التلقائي غالبا بعدم الترابط ، وبإيقاع متكرر ملحوظ، وبروابط صوتية رنانة (وهو الكلام الذي تعمل فيه الأصوات، وليست العلاقات القائمة على المعنى، على التحكم في اختيار الكلمات).

كان أول إيداع لتلك الحالة في المستشفى بعد أن انقطع عن المدرسة في سن 61 عاما، ومنذ ذلك الوقت لم يعد قادرا على الانتظام في دراسة أو عمل . واعتمد علاجه بالمستشفى على المهدئات العصبية ، ولم يكن يستمر في هذا العلاج حينما يخرج من المستشفى، ولذا فإن حالته تضطرب بسرعة مرة أخرى . وهو يعيش مع والدته المسنة، ولكن كان يختفي أحيانا لعدة شهور، وفي النهاية تم القبض عليه عن طريق الشرطة التي وجدته هائما في الشوارع. ولا يتوفر بشأن هذه الحالة بيانات عن تاريخ سابق لتعاطيه العقاقير أو الكحوليات .

تتضمن أعراض هذه الحالة تجمعا لمرض مزمن مع تفكك وعدم تماسك ملحوظين، وانفعالات غير مناسبة، وهلوسات سمعية، وسلوك مضطرب بشكل فادح. وهذه الأعراض لا تترك مجالا للشك بأن تشخيصها هو حالة (فصام مزمن). وإلى جانب ذلك، يتصف النسق التطوري بمؤشر واضح يؤكد أنها حالة (متصلة)، لأن هذا الشخص لم يخبر فترة ممتدة من التحسن من ذهانه . ويشير ما يسود في هذه الحالة من كلام مضطرب وسلوك مضطرب ، وانفعالات غير مناسبة ، وعدم وجود أعراض تخشبية بارزة، إلى أنها كذلك حالة فصام (من النمط المراهق أو المفكك).

المتابعة :

لقد أودعت هذه الحالة في المستشفى خمس مرات أخرى في غضون السنوات العشر التي أعقبت إيداعه هذه المرة في المستشفى. وكان يعالج أثناء كل مرة من إيداعه في المستشفى بجرعات كبيرة من عقاقير مضادات الذهان. وبدأ خلال أسابيع قليلة بسلوك طريقة مناسبة ، وبالقدرة على تجاهل أصوات هلوساته السمعية . وأبدى قدرة أثناء إيداعه في المرة الأولى على إقامة علاقة مع المعالج، والحديث معه وتبادل الأفكار بشكل جيد ، والتعبير عن انفعالاته بشكل مناسب، والتأسي إزاء حياته غير السعيدة وعجزه عن مزاولة أي عمل إذ : (لا أحد يريدني)، كما أفصح عن رغبته في أن يلقى الرعاية التي يحتاج إليها. إلا أنه، حالما ترك المستشفى، توقف عن تناول الدواء المقرر له، ولم يحافظ على المواعيد المحددة بالعيادة لمتابعة حالته، وانتكست حالته مرة أخرى في غضون أشهر قليلة.

كانت آخر مرة أودع فيها هذا الشخص في مستشفى للطب النفسي منذ سنتين، عندما كان عمره يبلغ 84 عاما. وصارت أمه عاجزة عن رعايته، واتخذت ترتيبات لإقامته في مؤسسة لرعاية الكبار، حيث كانت تشرف هيئة المؤسسة على انتظام تناوله للأدوية المقررة له علاجيا. وفي ظل هذه الظروف أخذت حالته في التحسن .

الفصام التخشبي

(النمط التخشبي للفصام)

295.20

تبدو المعالم الأساسية للنمط التخشبى من الفصام فى الاضطراب النفسى الحركى الملحوظ، الذى يتضمن الجمود الحركى **motoric immobility** ، والنشاط الحركى الزائد **excessive motor activity** ، والخُلْفَة الزائدة **excessive negativism** ، والخرس (أو الصُمات) **mutism** ، وغرابة الحركة الإرادية، والمُصاداة (أو الصُداء اللفظى) **echolalia** ، والصُداء الحركى **echopraxia**. ويظهر الجمود الحركى فى شكل الجُمْدة **catalepsy** (المرونة أو الانثنائية كالشمع أو التشكيل الشمعى **waxy flexibility**) أو الذهول أو الإنشداه **Stupor**. ويبدو النشاط الحركى الزائد بوضوح علي أنه نشاط بلا غرض ، ولا يتأثر فيه الفرد بمنبهات خارجية . وتظهر الخُلْفة الزائدة فى الاحتفاظ بوضع جسمى جامد، مخالفا كل محاولات تحريكه من مكانه أو تغيير وضعه، أو عدم الاستجابة لكل التعليمات الموجهة إليه. وتلاحظ الخواص الغريبة للحركة الإرادية فى اتخاذه، عن إرادة، لأوضاع جسمية غير مناسبة أو شاذة أو غريبة ، أو فى التكشير البارز أو لوى قسمات الوجه بشكل متجهم قاس. أما المصاداة التى تبدو من الأفراد المصابين بهذا النمط الفصامى، فهي التكرار المرضي، الببغائي ، وبلا معني بشكل واضح، لكلمة أو جملة تلفظ بها شخص آخر لتوه . ويظهر الصُداء الحركى فى المحاكاة التكرارية لحركات شخص آخر . وتشمل المعالم الإضافية لهذا النمط من الفصام: الأفعال النمطية **stereotypies** ، واللوازم المتكلفة **mannerisms** ، والطاعة الآلية **automatic obedience** أو الاستجابة كالتمثيل بحركات جسمية **mimicry**. ويحتاج الفرد ، إبان الفترة التي تنتابه فيها حالة الذهول أو التهيج التخشبى الشديد، إلي رعاية وإشراف، وذلك لتجنب ما يصدر عنه من سلوك إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين. وتنشأ احتمالات عديدة من الخطر، تشمل سوء التغذية، والإجهاد، والحمي الشديدة **hyperprexia** ، والإصابة الناتجة عن إيذاء الذات. ويراعي

عند تشخيص هذا النمط من الفصام، أن تستوفي الأعراض البادية عند الأفراد المصابين بهذا النمط كل محكات تشخيص الفصام، ولا يكون من الأفضل عزوها إلي سبب (إتيولوچى) آخر ، مثل : إضطراب ناتج عن مواد العقاقير أو المخدرات (مثال ذلك، " الشلل الرُعَاشى الناتج عن المهدئات العصبية" **Neuroleptic-Induced Parkinsonianism** ، أو حالة طبية عامة، أو نوبة هوس **Manic Episode** أو نوبة اكتئاب أساسى (**Major Depressive Episode**.

المحكات التشخيصية للنمط التخشبي من الفصام

295.20

نمط من أنماط الفصام، تسود فيه صورة كلينيكية يبرز فيها إثنان علي الأقل من الأعراض التالية :

(1) الجمود الحركى، كما يظهر من الجُمدة (المرونة أو الانثنائية كالشمع) أو الذهول (الانشداه)

(2) النشاط الحركى الزائد (وهو نشاط بلا غرض بشكل واضح، ولا يتأثر فيه الفرد بمنبهات خارجية)

(3) الخُلفة الزائدة (المقاومة بدون دافع لكل التعليمات الموجهة إليه، أو الاحتفاظ بوضع جسمى جامد مخالفا كل محاولات تحريكه من مكانه أو تغيير وضعه)، أو الخرس (الصُمَات)

(4) خواص غريبة للحركة الإرادية تظهر فى شكل اتخاذه إراديا لأوضاع جسمية غريبة أو غير مناسبة، أو فى شكل حركات نمطية، أو التكشير ولوي قسمات الوجه بتجهم وقسوة، أو الأفعال المتكلفة.

(5) المُصَاداة (الصُداء اللفظي) أو الصُداء الحركي .

الفصام التخشبي

"الفصام من النمط التخشبي"

"حالات إيضاحية"

حالة " 1 " : (حالة تاريخية)

طالب بالمدرسة الثانوية

Oberrealschul Student

" إن المريض الذي سوف أعرضه عليكم اليوم، قد جاءوا به محمولا إلي الحجرة، حيث كان يمشى مفرشخا (يباعد بين رجليه) وعلي مقدم قدميه. وحال دخوله الحجرة، خلع حذاءه، وأخذ يتمتم بصوت عال، ثم صاح مرتين (بالألمانية) : " أبي ، أبي الحقيقى!".

يبلغ هذا الشاب 18 عاما من العمر ، وهو طالب بالمدرسة الثانوية (بالألمانية **Oberrealschul**)، طويل، ذو بنية قوية ، ولكن وجهه شاحب، وإن كان كثيرا ما يحمر وجهه وقتيا. يجلس هذا المريض مغمض العينين ، ولا يولي أي انتباه للمحيطين به. ولا يرفع بصره حينما يوجه الكلام إليه، ولكنه يجيب علي السائل، بادئا بصوت منخفض، ثم يأخذ تدريجيا في الصراخ بصوت عال. وعند سؤاله "أين أنت؟" ، يقول : "إنك تريد أن تعرف ذلك أيضا؛ سوف أذكر لك من تجرى عليه الفحوص ومن أجريت عليه الفحوص ومن ستجرى عليه الفحوص . أنا أعرف كل أولئك، وأستطيع أن أذكرهم لك، ولكنى لا أريد ذلك" . وعند سؤاله عن إسمه، أخذ يصيح : " ما إسمك ؟ ما الذى يغلقه؟ إنه يغلق عينيه . وما الذي يسمعه ؟ إنه لا يفهم؛ هو لا يفهم؛ هو لا يفهم شيئا. كيف ؟ من ؟ أين ؟ متي ؟ ما الذى يعنيه؟ وحينما أقول له أن ينظر، فإنه لا ينظر بشكل مناسب. أنت هناك، فقط أنظر ! ما هذا ؟ ما الموضوع ؟ إنتبه ؛ إنه لا ينتبه . أقول : ما هذا إذن؟ لماذا لا تعطينى أية إجابة؟ هل تنوى أن تتصرف بحماقة مرة ثانية؟ كيف تكون هكذا أحمقا؟ أنا آت ! سوف أثبت لك ذلك ! إنك لن تلقى بالفتيات الساقطات إليّ . وإنك لا تستطيع أن تكون شخصا مهذبا؛ إنك أحمق، وصفيق، ووقح، وحقير، وغبى مثل الخنزير. ولم أتقابل أبدا مع ذلك الزميل الأحمق، والصفيق، والوقح، والحقير. هل هو يبدأ مرة أخري ؟ إنك لا تفهم شيئا علي الإطلاق - لاشيء علي الإطلاق؛ لاشيء علي الإطلاق يفهمه . إذا كنت تتعقبنى الآن، فهو لن يتعقبنى ، لن يتعقب. هل لازلت أكثر حماقة؟ هل لازلت تأتى بحماقة أكثر؟ كيف ينتبهون ، إنهم ينتبهون " ... وهكذا. وفى النهاية صار يعنف ويوبخ بأصوات غير مفهومة .

إن هذا المريض قادر تماما علي الفهم، ويأتى بعبارات كثيرة فى كلامه كان قد سمعها من

قبل، دون أن يرفع بصره مرة واحدة. إنه يتكلم بطريقة متأثرة وانفعالية، والآن أخذ يثرثر كالطفل، ويتكلم بتلعثم وتهتهة، ويشير فجأة فى معرض كلامه، ويبدى تجهما وتكشيرا. ينفذ التعليمات والأوامر بطريقة مبالغ فيها، يمد يده وهو مطبقا قبضة اليد، ويذهب إلي السبورة حينما يطلب منه ذلك، ولكنه بدلا من أن يكتب إسمه، يتناول اللمبة فجأة ويلقي بها علي الأرض ، ثم يلقى بالطباشير فى وجه الحاضرين. ويأتى بكل أنواع الحركات التى لا معني لها، يدفع المنضدة بعيدا، ويطبق ذراعيه، ويلف علي عقبيه، وحول الكرسى، أو يجلس بتوازن محتفظا فيه بقدميه متداخلين ويديه علي رأسه. تبدو الجُمْدة عليه بوضوح؛ فهو حينما يكون عليه أن ينصرف، فإنه لا ينهض من مكانه، بل يضطر الآخرون إلي شده، ويصيح بصوت عال "صباح الخير، يا سادة، لم أكن مسرورا من ذلك " .

... كان هذا المريض نفسه دائما هادئا ، ومجتهدا جدا، ولكن قدراته العقلية متوسطة. لقد بدأ فجأة، منذ سبعة أشهر أثناء فترة الأجازات، في أن يدرس ويحفظ بطريقة لا معني لها علي الاطلاق، ثم صار مشوشا، ويعتقد أن الناس تضحك عليه لقذارته، ويأخذ فى أن يغتسل طيلة اليوم، ويخاف من أن تُسْلب منه ممتلكاته، ولجأ إلي كسر النوافذ، ويبدو أنه يسمع أصواتا، وتهجم علي أمه دون سبب، وصار قذرا في عاداته، ولا ينبس بكلمة واحدة. وفى المستشفي، كان فى معظم الأوقات صامتا، متخشبا، جامدا، ويمد يده بتصلب وتشنج، ويرفض غالبا الطعام كلية. ويبدو تعبيره بلا مبالاة، بالرغم من أنه يبدو لطيفا فى بعض الأوقات ، ولا يخرج معارفه أثناء زياراتهم له بأية انطباعات عنه علي الاطلاق .

وكان هذا المريض يفهم كلية ما يجرى من حوله، ولكنه كقاعدة لا يطيع الأوامر والتوجيهات؛ بل إنه فى بعض الأوقات يأتى بعكس ما يطلب منه تماما . ولذا فهو يغلق عينيه حينما يطلب منه أن يفتح الجفنين، ويخفى وجهه بالمنديل إذا أردت أن تري وجهه، ويلف يديه خلف ظهره حينما يطلب منه أن يمد يديه . ويبدو غالبا قذرا، وملطخا ببرازه، ويعبث به - وتلك دلائل تشخيصية لبلاهة انفعالية شديدة. وبعد رفضه الطعام لفترة طويلة، يطلب فجأة جبنا ثم شيكولاتة ، ويلتهمها بنهم شديد. ومن هذا يمكننا أن نري بوضوح الطبيعة الحمقاء والاندفاعية لرفضه للطعام. وحينما يقوم ببسط قدمه علي السرير المجاور، فإنه يظل مبسطا إياه وهو بهذا الوضع بالرغم من نقل السرير بعيدا عنه .

لقد بدأ هذا الطالب ، فى الشهر السابع من مرضه، فى أن يكون متهيجا، بعد فترة ينخرط فيها فى الغناء وهو فى حالة بادية من الغباء أو العته. وفى منتصف الليل ينهض ليلقي بفراشه، ويرقص علي السرير، ويصرخ بشكل متواصل، ويقول : "الآن، أريد أن أعرف أين أخى" . ومنذ ذلك الوقت، صار في حالة مستمرة من الهياج، ويحطم الأشياء، ويسيء معاملة الآخرين، ويتكلم بطريقة مشوشة. وأخبر أصدقاؤه ، الذين كان يأخذ منهم الطعام

الذى يحضرونه إليه أثناء زياراتهم له، باختصار وبدون حديث طويل معهم ، أنه يزعم السفر فى رحلة بين بعض بلدان العالم .

تشخيص " كرايپلين " :

الاهتياج التخشبى

Catatonic Excitement

مناقشة حالة

" طالب بالمدرسة الثانوية "

يلاحظ من هذا العرض ، أنه فى حالة عدم وجود حالة طبية عامة معروفة يمكن اعتبارها بالنسبة لهذا الاضطراب ، فإن تجمع الكلام المضطرب والسلوك التخشبى (الذهول أو الانشداه، والاهتياج) إنما يشير بوضوح إلي تشخيص لحالة من الفصام، وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع **DSM-IV**. ويلقي هذا التشخيص مزيد ا من التأييد، استنادا إلي تاريخ بداية ظهور الأعراض منذ سبعة أشهر خلت، مع تدهور واضح فى أدائه لوظائفه . وعلي الرغم من أن النشاط الزائد، والكلام المضطرب والمشوش، والتهيجية، قد يفترض وجود "نوبة هوس" ، إلا أنه لا تتوفر بيانات عن وجود فترة يسود فيها مزاج عال، أو منبسط، أو متهيج. كذلك، علي الرغم من أن المريض غالبا ما يكون فى حالة من الاهتياج أو حتي من العنف، فإن مزاجه يبدو في التقلب بطريقة يصعب التنبؤ بها. وعلي العكس من ذلك، حينما يلاحظ عليه الاهتياج وهو في حالة الهوس، فإن هذا الاهتياج يكون عادة استجابة لإحباط الشعور بالعظمة أو للنشاط الزائد.

وبالرغم من وجود هذاءات وهلوسات، إلا أن المعالم الأكثر هيمنة وبروزا تتمثل فى هذه الحالة فى اضطراب الكلام والسلوك. وتعد الأعراض التي يبديها هذا المريض بوضوح، متمثلة فى عدم التماسك الواضح والسلوك المختل بشدة ، دلائل مميزة لتشخيص حالة "فصام من النمط المراهق أو المفكك" . ومع ذلك، ثمة عديد من الأمثلة السائدة لسلوك تخشبى كلاسيكى : فهو يبدى دلائل من الخُلْفة (مثل، رفضه لعمل ما يطلب منه، أو عمل عكس ما يطلب منه)، والاهتياج التخشبى (مثل، النشاط الحركي الزائد الذي يكون بلا معني، ولا يتأثر بالمنبهات الخارجية)، واتخاذ وضع جسمى معين (مثل ، الاحتفاظ بقدمه في وضع أخرق أو مختل) . ويلاحظ أنه وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع -**DSM**

IV ، لا يُشَخَّص "النمط المضطرب" إذا كانت الصورة الكلينيكية تسودها أعراض تخشبية تمثل أشكالا أكثر نوعية للسلوك المضطرب .

الفصام غير المميز

(النمط غير المميز للفصام)

295.90

Undifferentiated Type

تبدو المعالم الأساسية للنمط غير المميز من الفصام في وجود أعراض تستوفي المحك "أ" من تشخيص الفصام ، ولكنها لا تستوفي محكات كل من النمط الهذائي (البارانويي)،أو النمط المضطرب ، أو النمط التخشبي .

المحكات التشخيصية للنمط غير المميز من الفصام

290.90

نمط من أنماط الفصام ، تتوفر فية الأعلاض التي تستوفي المحك "أ" من تشخيص الفصام ، ولكنها لا تستوفي محكات كل من النمط الهذائي (البارانويي) أو النمط المضطرب،أو النمط التخشبي .

الفصام غير المميز

"الفصام من النمط غير المميز"

"حالات إيضاحية"

حالة " 1 " :

حرب الكواكب

تصف هذه الحالة فتاة، تبلغ من العمر خمسة عشر عاما، طلبت هيئة المدرسة إجراء الفحوص النفسية عليها. وتبين أنها قد انتقلت حديثا مع أسرتها إلي المنطقة التي توجد بها حاليا تلك المدرسة؛ وبعد فترة قصيرة من دراستها بأحد الفصول النظامية، حُولت إلي أحد الفصول الخاصة بالتلاميذ المضطربين انفعاليا. وكانت تبدى صعوبة فى ضبط سلوكها، وفهمها ضعيف للمواد الدراسية، لا يتجاوز مستوي الصف الخامس، علي الرغم مما يبدو منها بوضوح من حصيلة لغوية طيبة. وتثير الإزعاج فى الفصل بسبب ما تحدثه من أصوات تشبه أصوات الحيوانات أو ما ترويه من حكايات وهمية، تجعل الأطفال الآخرين يضحكون عليها ويسخرون منها .

وتتصف في المنزل بأنها عدوانية، وتلجأ إلي ضرب أو عض والديها أو أخيها حينما تتعرض لموقف إحباطى. وتبدو غالبا فى حالة من الملل والتبرم، ليس لديها أصدقاء، ويصعب عليها أن تشغل نفسها. وتقضى وقتا طويلا فى رسم صور لنماذج للانسان الآلي (الروبوت)، وسفن الفضاء، والاختلاقات الوهمية أو المستقبلية. وتقول فى بعض الأحيان أنها تريد أن تموت ،ولكنها لم تلجأ إلي أية محاولة للانتحار، ولم تفكر فى ذلك. وتذكر أمها أنها كانت منذ ميلادها تبدو مختلفة عن غيرها، وأن بداية سلوكها الحالى قد تطور بالتدريج، بحيث أنه يصعب تعيين تاريخ محدد له .

ولا يوجد شيء يستحق الذكر فيما يتعلق بتاريخها قبل الميلاد وبعده، ولكنها أبدت تأخرا في نموها؛ فقد تبين أنها مثلا أنها لم تستخدم كلمات مفردة حتي سن أربع أو خمس سنوات . وقد أثير بشأنها منذ التحاقها بالمدرسة، شك فى قدراتها؛ وأوضحت التقديرات المتكررة لها أن نسبة ذكاءها أقل من 70 ، وأن تحصيلها أقل مما هو متوقع عند مستوي هذه القدرة. ولم تتوفر نتائج لفحوص مبكرة لقدراتها العقلية نتيجة لكثرة تنقل الأسرة بسبب طبيعة عمل الأب فى الخدمة العسكرية.

يقرر الوالدان أن هذه الإبنة كانت دائما صعبة وقلقة وغير مستقرة؛ ويفترض أطباء عديدون أنها ليست متأخرة عقليا، ولكنها تعاني من مرض عقلى. وكشفت نتائج الفحوص والاختبارات المختلفة، التى أجريت عليها فى سن 12 سنة، بسبب ما كانت تبديه من صعوبات فى المدرسة، من "دلائل لعمليات من التفكير الشاذ أو الغريب، ولبناء متحطم للأنا" . وفى ذلك الوقت، كانت تنام جيدا أثناء الليل، ولا توقظها كوابيس أو هذاءات شاذة، بالرغم من أن هذه المظاهر تمثل أيضا معالم لسلوكها فى مرحلة مبكرة من عمر ها. أما فى

الوقت الحالى، فقد صار نومها مضطربا للغاية، وتقوم بالليل وتتجول فى المنزل محدثة إزعاجا لأسرتها . وتؤكد أمها علي سلوكها الذي يصعب التنبؤ به، وعلي القصص الخيالية التي تحكيها، وعلي الطريقة التي تتكلم بها مع نفسها وبأصوات تدعو للسخرية منها . وتعبر أمها أن القصص التي تحكيها قصص طفلية من النوع الإيهامى ولا تستدعى اهتماما من الآخرين، وتقول الأم أنها منذ أن ذهبت لمشاهدة فيلم "حرب الكواكب" ، صارت تتملكها وساوس وأفكار وسواسية عن عالم الفضاء، ومركبات الفضاء، والمستقبل.

يبلغ الوالدان من العمر حوالى الأربعين عاما، وأحيل الأب إلي التقاعد من الخدمة العسكرية، ويعمل الآن مهندسا. أما الأم، فقد تبين أنه تراودها معتقدات غير عادية عن نفسها، فتدعى أنها نشأت فى الهند وأنها عاشت طفولتها الباكرة فى اضطراب، حيث كانت تغشاها نوبات من العنف والإثارة ، والكثير منها يبدو غير محتمل. ويرفض زوجها أن تتحدث عن ماضيها فى حضرته ويحاول أن يقلل من أهمية هذه الخبرات ومن المشكلات التى تعانيها إبنته. وتتصف العلاقة بين الوالدين بأنها علاقة مقيدة، يقوم فيها الأب بدور الهيمنة علي شئون الأسرة، فى حين أن الأم تحمل العبء الأكبر من واجبات الحياة اليومية. وتتصف الأم، خلافا للأب، بأنها ثرثارة وتبوح بتفصيلات كبيرة عن تاريخ حياتها، وبخاصة خبراتها الغريبة فى طفولتها. أما أخو الحالة، وعمره إثني عشر عاما، فهو طفل عادي ، متوسط في مستواه الدراسى ، ولا يقضي وقتا كثيرا فى المنزل أو مع الأسرة، ولكنه يفضل اللعب مع أصدقائه، ويشعر بالخزى من سلوك أخته ويحاول أن يتجنب الخروج معها .

تبدو الحالة ، أثناء المقابلة، فتاة طويلة القامة، زائدة الوزن، شاحبة الوجه، ملامحها مهملة، ومظهرها غير مرتب. وتشكو بشكل صاخب مما تعانيه من الأرق والسهاد، علي الرغم من صعوبة استنباط تفصيلات عن اضطرابات النوم لديها. وتتكلم بإفاضة عن اهتماماتها وأعمالها .وتقول أنها قد صنعت بالطابق الأسفل من منزلها إنسانا آليا (روبوت) صار يجري كالمسعور وتوجهه نزعة إلي القتل، وكان علي وشك أن يحدث تخريبا كبيرا، ولكنها استطاعت أن تتحكم فيه عن طريق جهاز للتحكم عن بعد. وتدعى أنها صنعت هذا الإنسان الآلى من قطع غيار الحاسوب ، التى حصلت عليها من أحد المتاحف المحلية.

وحينما طُلب منها إعطاء تفصيلات عن الإنسان الآلي وكيف يعمل، صارت غامضة بشكل متزايد؛ وحينما طلب منها أن ترسم واحدا من اختراعاتها، قامت برسم صورة للسكك الحديدية وبتقديم حسابات رياضية معقدة لإيضاح هذه الصورة، والتى كانت فى الواقع تتكون من تكرارات لا معني لها من الرموز (مثل، رموز الجمع والطرح والقسمة والضرب). وحينما عبر الاختصاصى الكلينيكى القائم بالمقابلة، بكياسة عن بعض تشككه،

أجابت ببلادة أن أشخاصا كثيرين لا يعتقدون أنها فائقة العبقرية. وتكلمت أيضا عن قدرتها غير العادية علي سماع أشياء لا يستطيع الناس سماعها، وقالت أنها علي اتصال بأحد المخلوقات الأخري . وتعتقد أنه قد تلبسها شبح، أو كائن من كوكب آخر. وذكرت أنها تسمع صوته يتكلم معها ويوجه أسئلة إليها؛ ولم يحاول أن يخبرها بما تفعله. وتقول أن هذا الصوت مصدره خارج رأسها، وغير مرئى للآخرين؛ وأنها لا تعتبر هذه الأسئلة التى يسألها تسبب ضيقا وإزعاجا، أو تجعلها فى حالة من الغضب أو الخوف.

ويعلق معلموها فى المدرسة أنه علي الرغم من أن مستواها فى القراءة لا يتجاوز الصف الخامس، إلا أن فهمها أقل من ذلك بكثير؛ وتميل إلي قراءة مواد غير موجودة أو غير مطلوبة، وفى بعض الأحيان تغير معني الفقرة. أما الهجاء، فلا يتجاوز مستوي الصف الثالث؛ والرياضيات تبدو أقل من ذلك. وتعمل باجتهاد فى المدرسة، علي الرغم مما يتصف به أداؤها من بطء شديد . وإذا وضع علي كاهلها بعض الضغوط أو الأعباء، فإنها تضطرب، ويتدهور عملها .

مناقشة حالة

" حرب الكواكب "

تبدى الحالة فى الوقت الحالى أعراضا ذهانية عديدة. ومن الواضح أنها تبدى أعراضا هذائية، من حيث أنها تعتقد أنها قد توصلت إلي اختراع معقد، وأنها علي اتصال بمخلوق من كوكب آخر. وتراودها هلوسات سمعية لأصوات تتحدث إليها وتوجه أسئلة إليها. ومن شأن وجود هذاءات وهلوسات، مع عدم وجود زملة اضطراب المزاج أو حالة طبية عامة أو تعاطى مادة من مواد العقاقير أو المخدرات تكمن وراء هذا الاضطراب، أن يفترض تشخيصا لحالة من الفصام.

ومن المعروف أن المحكات التشخيصية للفصام وفقا للدليل التشخيصى والإحصائى الرابع **DSM-IV** تتطلب توفر عدد من المعالم التشخيصية وهى : انقضاء فترة كبيرة من الوقت منذ بداية ظهور الاضطراب ، وتدني مستوي الفرد فى واحد أو أكثر من المجالات الرئيسة لأدائه لوظائفه مثل العمل أو العلاقات المتبادلة أو رعاية الذات عن المستوي السابق لبداية ظهور الاضطراب (أو حينما تكون بداية ظهور الاضطراب فى الطفولة أو المراهقة، أو فى حالة الإخفاق فى تحقيق المستوي المتوقع من النواحى الاجتماعية أو الدراسية أو المهنية). ومما لاشك فيه أن بداية ظهور الاضطراب لدي هذه الحالة كان فى الطفولة، وأنها قد أخفقت فى تحقيق المستوي المتوقع من النمو الاجتماعى بالنسبة لمستواها العمرى. ولهذا

، فإن تشخيصنا لها هو أنها حالة من الفصام؛ علاوة علي تصنيفها علي أنها حالة "متصلة" ، لأن الهذاء كان يتملكها بوضوح كل الوقت. ولما كان سلوكها مضطربا إلي حد ما، وليس لديها أعراض تخشبية أو كلام مضطرب ، فإن تشخيص الفصام لديها يتحدد بذلك علي أنه "من النمط غير المميز".

ويستبعد من تشخيص هذه الحالة أنها حالة تأخر عقلى خفيف، لأن نسبة ذكائها تزيد علي 7. ، علي الرغم من أن هذا المستوي قد يثير أيضا تساؤلا عن مستوي من التوظيف العقلى الحَدِّى **Borderline Intellectual Functioning**. ومع ذلك، فإن ما يكمن وراء صعوباتها فى المدرسة ليس أداؤها العقلى المحدود ، ولكن بالأحري سلوكها الشاذ .

وتطرح البداية المبكرة لمرضها تساؤلات عن احتمالات وجود "اضطراب ارتقائى شامل" **Pervasive Developmental Disorder** ، مثل "الاضطراب الذاتوى" (أو التوحدى أو الإجترارى) **Autistic Disorder**. ولكن، من المستبعد ذلك؛ ذلك أنه إذا كانت اضطراباتها فى الطفولة هكذا، فإنه كان يتوقع احتفاظها بقدرتها علي أدائها فى المدرسة الابتدائية .

حالة " 2 " : (حالة تاريخية)

الطالب الاستمنائي

أعرض عليكم اليوم حالة رجل يبلغ من العمر 21 عاما، قوى البنية، موفور الصحة ؛ أودع بالمستشفي منذ أسابيع قليلة . يجلس بهدوء ناظرا إليك، ولا يرفع عينيه حينما يتكلم ، ولكنه كان يفهم جيدا كل الأسئلة التى نوجهها إليه، والتي يجيب عنها بطريقة مناسبة، علي الرغم مما يبديه من بطء فى الإجابة وبعد تكرار الأسئلة له . ولقد استطعنا، من خلال تعليقاته وملاحظاته التى يبديها بنبرة صوت منخفضة، أن نجمع بعض البيانات التى يتضح منها أنه يعتقد أنه مريض ، دون أن تتوفر لدينا معلومات أخري أكثر دقة عن طبيعة مرضه وأعراضه. ويعزي علته إلي عادة الاستمناء التى يمارسها منذ سن عشر سنوات. ويعتقد أنه قد جلب لنفسه شعورا بالذنب والخطيئة من جراء انتهاك الوصية السادسة من الوصايا العشر؛ وقد نجم عن ذلك أن اضمحلت قوته علي العمل ، وجعل نفسه يشعر بالوهن والتعاسة، وصار يعانى من توهم المرض. ولهذا ، وكنتيجة لقراءته لبعض الكتب، تخيل أنه قد أصيب بالفتق ويعانى من تمزق بالعمود الفقرى؛ وذلك ما لم يحدث له. ولم يعد يرتبط فى علاقات بزملائه، لأنه يعتقد أنهم قد رأوا نتائج ما وقع فيه من رذيلة ويضحكون عليه. وقد أبدي كل هذه التعليقات بنبرة تنم عن اللامبالاة، دون أن يرفع بصره أو يشعر بالضيق إزاء

المحيطين به. ولا تحمل تعبيراته أية إنفعالات؛ وإن كان يضحك فقط من آن لآخر. وتظهر علي وجهه تقلصات عصبية، وارتعاشات حول الأنف والفم.

لقد قدم لنا هذا المريض صورة صحيحة عن خبراته السابقة . ويبدو من معلوماته أنه علي درجة عالية من التعليم؛ فقد كان يستعد بالفعل للالتحاق بالجامعة منذ عام مضي. ويعرف أيضا أين هو الآن وطول المدة التى قضاها هنا، ولكنه لا يعرف بدقة أسماء الأشخاص من حوله، ويقول أنه لم يسأل أبدا عنهم. ويتذكر بشكل ضئيل جدا بعضا من الأحداث العامة التي وقعت فى العام الأخير. ويعلن، فى إجابته عن أسئلتنا، أنه علي استعداد أن يمكث بالمستشفي فى الوقت الحاضر. وهو لاشك يفضل ذلك إذا كان له أن يلتحق بعمل، ولكنه لا يستطيع أن يقول ما الذي يود أن يحترفه فى العمل ... ويبدى تعليقاته ببطء وبكلمات ذات مقطع واحد؛ ولا يعزي ذلك إلي أن رغبته فى الإجابة تعترضها عوامل قوية، وإنما يعزي إلي أنه يشعر بعدم رغبة فى الكلام علي الاطلاق. ولاشك أنه يسمع ويفهم جيدا ما يقال له، ولكنه لا يسعي إلي الانتباه إليه. فهو لا يلتفت إلي المتحدث معه، ويجيب عليه كيفما يحدث دون تفكير. ولم نلاحظ عليه أية دلائل علي جهود ملموسة فى إعمال الإرادة. وتنم كل حركاته عن وهن، كما أنها تفتقد إلي التعبيرية، وإن كان يأتى بها بدون معوقات أو اضطراب. ولا يوجد أي دليل علي الاغتمام الانفعالى، مثلما يمكن توقعه من طبيعة كلامه، ولكنه يظل فى حالة من الغباء والتبلد، ولا يخبر حالات من الخوف أو من إبداء الأمل أو من التعبير عن الرغبات. فهو لا يتأثر علي الإطلاق بما يجري من حوله، علي الرغم من أنه يفهمها بدون صعوبة فعلية . ويتساوي عنده كل شيء، سواء ما يظهر أو يختفى من حوله، أو أين يوجد، أو من يتكلم معه، أو من يرعاه؛ بل ولم يسأل مرة عن أسمائهم.

يجلس ساكنا ، محملقا فيما هو أمامه ، بدون تعبير، وإن كان يبدى من آن لآخر ابتسامة بلهاء، أو يقلب صفحات كتاب لفترة وجيزة، دون كلام، ودون إبداء أي ضيق إزاء أي شيء. وحتي عندما يأتى إليه زوار من أقاربه أو معارفه، فإنه كان يجلس دون إبداء أي اهتمام، ولا يسأل عما يجرى فى المنزل، بل ومن الصعب أن يبادلهم التحية ، ويعود بلا مبالاة إلي الجناح الذى يقيم فيه بالمستشفي. ومن الصعب استمالته أو حفزه إلي كتابة خطاب. ويقول أنه ليس لديه ما يكتبه. ولكنه، يلجأ من وقت إلي آخر إلي كتابة خطاب إلي الطبيب، معبرا فيه عن كل أنواع الأفكار المشوشة، مع الاستخدام الخاص وغير المعقول للكلمات، وبأسلوب جيد وإن كان ضعيف الترابط .

لقد كان تطور المرض تدريجيا، فهو لم يذهب إلي المدرسة حتي سن سبع سنوات، لأنه كان طفلا ضعيفا وكلامه رديئا؛ ولكنه حينما التحق بالمدرسة ، صار يتعلم بشكل جيد. وكان يعتبر طفلا متحفظا وعنيدا. وعندما بدأ يمارس العادة السرية منذ سن مبكر، صار يبدي

بشكل متزايد ميلا إلي العزلة والوحدة في السنوات القليلة الأخيرة، ويعتقد أن إخوته وأخواته يضحكون عليه ويهزأون منه، وابتعد عن المجتمع بسبب قبحه وبشاعة فعلته. ولهذا السبب لم يكن يطيق أية نظرة إلي حجرته من خلال الزجاج. ولم يعد يستطيع العمل، وتخلي عن الدراسة. وكان يبكى بكثرة، ويمارس العادة السرية بإفراط ، ويجري بلا هدف، ويعزف علي البيانو بلا معني، وبدأ يكتب ملاحظات عما أسماه "لعبة عصب الحياة" ، والتي لم يستكملها. وكان يبدى عجزا عن ممارسة أي نوع من العمل ، حتي العمل الجسمى ، ويشعر بأن هناك من يتآمر ضده ، وطلب مسدسا ، ولجأ إلي أن يأكل عيدان الكبريت لكي يحطم نفسه، وفقد كل عاطفة نحو أسرته. وكان يعانى من وقت لآخر من التهيج والاضطراب ، ويصرخ من النافذة أثناء الليل . وقد لوحظ عليه فى المستشفي كذلك حالة من الاستثارة والاهتياج استمرت لعدة أيام ، حيث كان يثرثر خلالها بطريقة مشوشة ، ويبدى تعبيرات بوجهه تنم عن السخرية والاشمئزاز، ويجرى بأقصي سرعة عنده، ويكتب قصاصات من الموضوعات غير المترابطة ، ويضع بينها علامات توصل بينها بلا معني . وبعد هذه الحالة ، كانت تراوده حالة من السكوت والهدوء، ولايبدى خلالها أي اهتمام علي الإطلاق بسلوكه غير العادي.

تشخيص كرايبلين ::

الخرف المبكر (خبل المراهقة)

Dementia Praecox (Insanity of Adolescence)

مناقشة حالة

" الطالب الاستمنائى "

تتضح أكثر المعالم البارزة فى هذا المرض فى : هذاءات الذنب (مثال ذلك، اعتقاده أن عادة الاستمناء قد تسببت فى مرضه)، وهذاءات الاضطهاد (مثال ذلك ، اعتقاده أن زملاءه قد رأوا نتائج ما يأتى به من رذيلة ويضحكون عليه") ، وعدم الترابط، والوجدان السطحى وغير المناسب (مثال ذلك ، أن تعبيراته لا تحمل أية انفعالات ؛ ويضحك لوهلة فقط من آن لآخر"). ووفقا لهذه المعالم ، مع عدم وجود حالة طبية عامة قد تكمن وراء هذا الاضطراب، والطبيعة المزمنة للمرض لديه، يتحدد التشخيص بأنه حالة من الفصام.

وإذا كان هذا المريض قد لوحظ فى الوقت الذى أخذ "يثرثر فيه بطريقة مشوشة، ويبدى

تعبيرات بوجهه تنم عن السخرية والاستهزاء، ويجرى بأقصي سرعة عنده" ، فإن النمط الفرعى المناسب الذى كان يمكن تحديده هو النمط التخشبى أو النمط المضطرب. ولكن فى الوقت الذى عرض فيه علي "كرايپلين" ، لم يكن غير متماسك ولا متهيجا؛ ولذا فإن النمط الفرعى المناسب هو أنه حالة من الفصام "من النمط غير المميز" .

وقد يؤول الوصف المبدئى للمريض ببعض الإختصاصيين الكلينيكيين إلي افتراض حالة من "نوبة الاكتئاب الأساسى": التأخر النفسى الحركى، وهذاءات الذنب، والانغمار بتوهم المرض. إلا أنه، وفقا لما لاحظه "كرايپلين" فيما بعد، "لا يوجد أي دليل لاغتمام انفعالى، وفقا لما يمكننا توقعه من طبيعة كلامه".

حالة " 3 " : (حالة تاريخية)

الأرملة

أعرض عليكم الآن حالة لأرملة تبلغ من العمر 35 عاما ... كانت تعطى معلومات كاملة عن حياتها فى سياق إجاباتها عن الأسئلة التى نوجهها إليها، تعرف أين هى الآن ، وتحدد تاريخ اليوم والسنة، وتكشف عن معلومات مدرسية جيدة. لا تنظر إلي الشخص الذى يسألها، وتتكلم بنبرة منخفضة وغريبة ومعسولة وعاطفية. وحينما تمس مرضها، فإنها كانت تتحفظ فى البداية ، وتقول أنها علي ما يرام، ولكنها تبدأ فى أن تعبر عن أفكار عديدة للإضطهاد. وظلت لعدة سنوات تسمع أصواتا تكيل لها السباب وتشكك فى عفتها، وتذكر لها عددا من الأسماء التى تعرفها، وتخبرها بأنها سوف تلجأ إلي تعريتها وإساءتها جنسيا. وتصف هذه الأصوات بأنها متميزة جدًا، وتعتقد أنها صادرة عن تلسكوب أو آلة موجودة بمنزلها . أما أفكارها، فتُمْلى عليها؛ وهى مجبرة أن تفكر بموجبها، وتسمعها تتكرر مرارا. وصارت مرتبكة فى عملها، وكانت تعانى من كل أنواع الإحساسات غير المريحة فى جسمها، وحيث تعتقد أن شيئا قد دُبِّر ضدها. فهى تعتقد بصفة خاصة أن "أجزاء من جسم أمها" قد انتقلت بداخلها، وأن الناس يرسلون إليها آلاما من خلال ظهرها، ويضعون ثلجا علي قلبها، ويعصرون رقبتها، ويصيبون عامودها الفقرى، وينتهكون حرمتها. وتبدى أيضا هلوسات بصرية تشمل أشكالا سوداء ومظهرا متغيرا للناس، ولكن كانت هذه الهلوسات أقل تكرارا. ولا تستطيع أن تذكر علي وجه التحديد من هم الأشخاص الذين يتآمرون ضدها، ولماذا يتآمرون ضدها. وتعتقد أحيانا أن هؤلاء الأشخاص من منزلها، أو أنهم الأطباء الذين كانوا يعالجونها فى مصحة عقلية كانت تقيم فيها من قبل والذين أخذوا شيئا من جسمها.

وتعبر هذه المريضة عن كل هذه الشكاوى الغريبة بدون أن تبدى انفعالا قويا بها. فهى تبكى

قليلا ، ثم كانت تصف خبراتها المرضية مرة أخري بارتياح خفى وحتي بنزعة شبقية. وتطالب بأن تخرج من المستشفي ، ولكنها بسهولة تبدى مواساتها لنفسها، ولا تبدى قلقا إزاء وضعها ومستقبلها. وتستخدم فى كلامها جملا عديدة مشحونة بالتوتر يصعب تصديقها ، كأن تقول أنها "صورة من التعاسة فى شكل ملاك"، وأنهم " قد غيروا شكل عواطفها"، وأنها تلقى "اضطهادا من حشرة خفية موجودة فى مكان بالمنطقة التى تعيش فيها..." . ويظهر من تاريخها السابق، أنها كانت مريضة لمدة عشر سنوات تقريبا، وأن مرضها قد تطور بالتدريج. وصارت بعد موت زوجها بعام (والذي أنجبت منه طفلين)، قلقة ومترقبة شرا، ومضطربة فى نومها، وتسمع كلاما بصوت عال فى حجرتها أثناء الليل، وكانت تعتقد أن مواردها قد سلبت، وأنها تتعرض لاضطهاد من أشخاص من "فرانكفورت"، حيث كانت تعيش من قبل. ومنذ أربع سنوات، قضت عاما فى مصحة عقلية، كانت خلاله تعتقد أنها قد وجدت "الفرانكفورتيين" هناك، وأنها لاحظت وجود سم بالطعام، وأنها كانت تسمع أصواتا، كما كانت تشعر بقوي خفية تسرى فيها كالسائل. وبعد خروجها من المصحة، صارت ترفع ضد الأطباء شكاوي باتهامات كثيرة بما فيها أنهم قد تسببوا فى تشويهها وبتر أجزاء منها والتمثيل بها. وتعتقد الآن أنهم أولئك الأشخاص الذين يضطهدونها، وتتهم السلطات المحلية بصراحة من أنها لم توفر لها حماية من هؤلاء الناس ، ولهذا فقد أودعت بهذه المستشفي منذ شهرين. والآن، صارت تكرر نفس شكواها يو ما بعد الآخر ، بدون أن تبدى استثارة كبيرة، وتكتب خطابات طويلة عاصفة مشوشة تحكى معاناتها من الاضطهاد الذي تتعرض له، وذلك إلي معارفها وإلي الأطباء بالمصحة العقلية، وإلي السلطات. ولا تشغل نفسها بأي طريقة، ولا تقيم علاقات مع غيرها من المرضي النزلاء بالمستشفي، وتتجنب أية مواقف للتقارب مع الآخرين .

تشخيص كرايبلين :

. الخرف المبكر ، البارانويى

Dementia Praecox, Paranoid

مناقشة حالة

" الأرملة "

تكشف هذه الحالة عن أعراض عديدة للفصام، يبدو من بينها أعراض أكثر وضوحا تتمثل فى هذاءات الاضطهاد الغريبة (مثال ذلك: أصوات ... يحملها إليها تلسكوب أو جهاز موجود بالمنزل"؛ وأن أفكارها تُملي عليها ؛ وأنها مجبرة علي التفكير بموجبها؛ وأنها تلقي

اضطهادا من حشرة خفية موجودة فى مكان ما بالمنطقة التى تعيش فيها) ، وبعضها هذاءات جسمية (مثال ذلك : " أجزاء من جسم أمها قد انتقلت بداخلها") . وتبدى هذه الحالة أيضا هلوسات اضطهادية (مثال ذلك: "تسمع أصواتا تكيل إليها السباب وتشكك فى عفتها"). ويتصف كلامها فى بعض الأحيان بأنه غير مترابط، مع استخدامها لكلمات وتعبيرات جديدة خاصة. وتبدو انفعالاتها سطحية (مثال ذلك: تعبر هذه المريضة عن كل هذه الشكاوى غير العادية بدون أن تظهر انفعالات كثيرة)، وغير مناسبة (مثال ذلك : "أنها تصف خبراتها المرضية مرة أخري بارتياح خفى وحتي بنزعة شبقية".).

وبالإضافة إلي هذه المعالم، يرد وصف للحالة يتضمن معالم شائعة ملازمة للفصام، وهى : البلادة (مثال ذلك : أنها لا تبدى ضيقا أو قلقا إزاء وضعها أو مستقبلها")، وافتقاد البصيرة بحالتها (مثال ذلك: ما تقرره بأنها "علي خير ما يرام")، والانسحاب الاجتماعى (مثال ذلك : أنها لا تقيم علاقات مع غيرها من النزلاء).

إن هذه الأعراض التي يكشف عنها "كرايبلين" فى هذه الحالة، وما تبديه من اختلال ملحوظ فى مجالات عديدة من أداء وظائفها، مع عدم وجود أعراض جوهرية لاضطراب المزاج ، تسوغ جميعها تشخيصا لحالة من الفصام. ويضاف إلي هذا التشخيص أن هذا الفصام هو حالة "متصلة" ، نظرا لمرور فترة عشر سنوات دون أن تبدى الحالة تحسنا ملحوظا . أما النمط الفرعى لوصف تلك الحالة، فهو فصام "من النمط غير المميز"، استنادا إلي أن وجود حالة من الوجدان السطحى إنما يستبعد "النمط البارانويى"، كذلك لا توجد معالم تشير إلي وجود فصام "من النمط التخشبى" أو "من النمط المضطرب" .

الفصام المتبقي

(النمط المتبقي أو الترسبي للفصام)

295.60

Residual type

ينبغى أن يستخدم النمط المتبقى أو المترسب، كنمط من الأنماط الفرعية للفصام، حينما توجد نوبة واحدة علي الأقل للفصام ، ولكن الصورة الكلينيكية القائمة تكون بدون أعراض ذهانية موجبة بارزة (مثل، الهذاءات ، والهلوسات، والكلام المضطرب أو السلوك المضطرب).ويستمر وجود دلائل للاضطراب ، تتضح فى وجود أعراض سالبة (مثل،

الوجدان السطحى، أو فقر الكلام، أو انعدام الإرادة)، أو إثنين أو أكثر من الأعراض الموجبة الواهنة (مثل ، السلوك غريب الأطوار، أو الكلام المضطرب بدرجة خفيفة، أو المعتقدات الغريبة) . وفى حالة ما توجد هذاءات أو هلوسات، فإنها لا تكون سائدة أو بارزة، ولا تكون مصحوبة بانفعالات قوية. ويعتبر النسق التطورى للنمط المتبقى محدودا زمنيا، ويمثل نقلة بين نوبة عاصفة كاملة وتحسن كلى. ومع ذلك فقد يستمر هذا النمط موجودا لسنوات كثيرة، مع تفاقم حاد أو بدونه .

المحكات التشخيصية للنمط المتبقي (أو الترسبي) للفصام

295.60

لتشخيص هذا النمط من أنماط الفصام، ينبغي أن تتوفر فى أعراضه المحكات التالية :

أ - عدم وجود هذاءات أو هلوسات بارزة، أو كلام مضطرب، أو سلوك مضطرب أو سلوك تخشبى بشكل فادح .

ب - وجود دلائل مستمرة للاضطراب، تظهر فى وجود أعراض سالبة أو إثنين أو أكثر من الأعراض المقررة فى المحك "أ" لتشخيص الفصام، والتى توجد فى شكل ضعيف (مثل، المعتقدات الغريبة، أو الخبرات الإدراكية غير العادية) .